Nr. 9. Wien, am 1. Mai 1910. IX. Jahrgang.

ÄRZTLICHE STANDESZEITUNG.

Organ für die wirtschaftlichen Interessen des ärztlichen Standes, für soziale und praktische Medizin.

Offizielles Organ der österr. Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums

mit der wissenschaftlichen Beilage

ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

FESTNUMMER

zu Ehren des 60. Geburtsfestes

des Herrn Professor

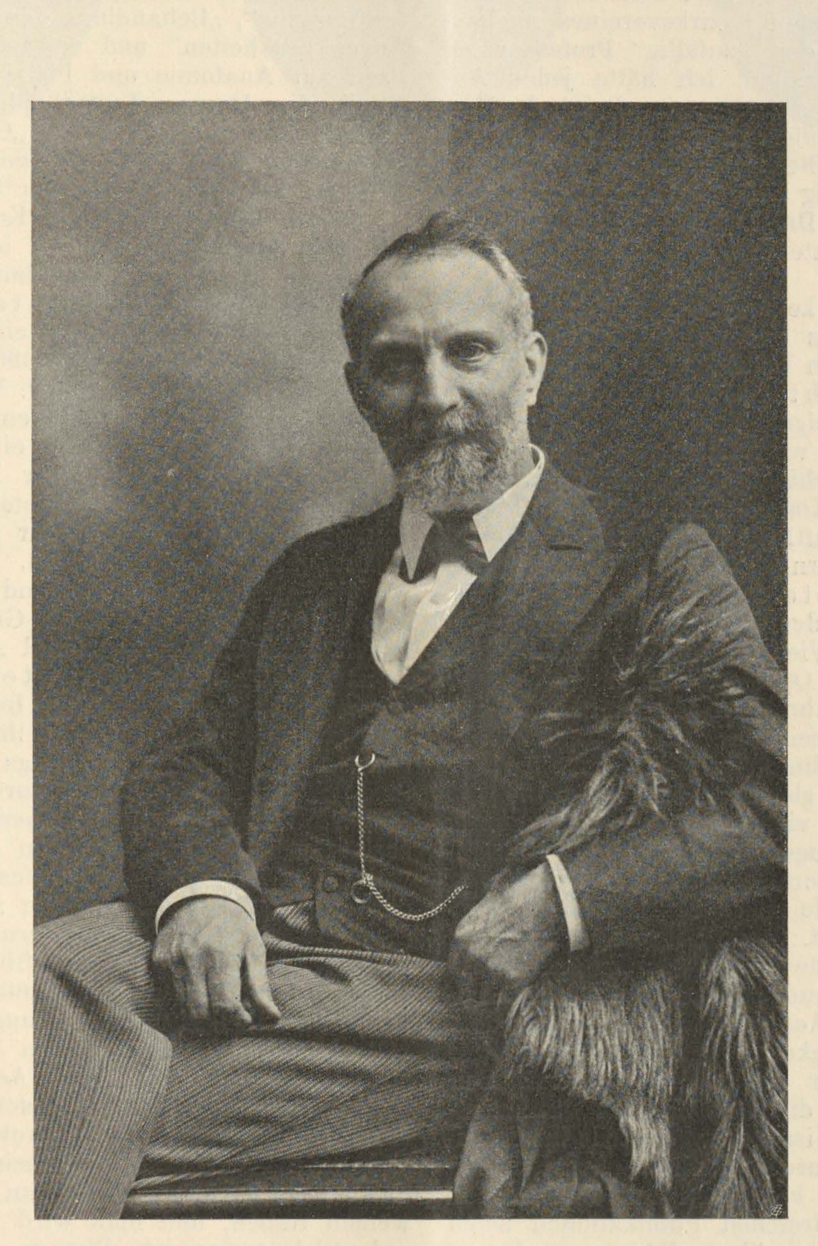
Dr. Leopold Königstein

veranstaltet über Veranlassung des

Vereines der Ärzte des I. Bezirkes

in Wien

von der Redaktion der „Ärztlichen Standeszeitung“.



Prof. Dr. Leopold Königstein

Leopold Königstein.

Von **Dr. Heinrich Grün.**

Warum ich nicht den Professorentitel recht breit und fett drucke und mit diesem akademischen Grade die Kollegen von Vornherein für oder gegen den Jubilar einnehme? Ich will es sofort erklären: Die „Aerztliche Standeszeitung“ ist kein Blatt für Personenkultus, und handelte es sich bloß darum, dem Drängen eines mir befreundeten Bezirksvereines nachzugeben, für seinen Obmann, der „zufällig“ Professor ist, eine Festnummer zu veranstalten, ich hätte jedes Ansinnen zurückgewiesen, welches geeignet erscheint, die Personen über die Sache zu stellen. Der Umstand, daß ich im Vollbewußtsein sozial-ärztlicher Betätigung diese Blätter dem jubilierenden Jüngling widmen lasse, kann schon durchahnen lassen, daß bei **Dr. Leopold Königstein,** Obmann des Vereines der Aerzte des 1. Bezirkes, der Fall etwas anders liegen muß.

Ich betreibe nicht bloß keinen Personenkultus, sondern ich vermeide auch jedes Uebertreiben und jedes zu demütige Loben. Was ich von Dr. Leopold Königstein sagen will, soll daher nüchtern und für den sozialärztlichen Chronisten geeignet sein.

Die Geburtstagslyrik ist wesentlich verschieden von dem Ernste historischer Berichterstattung, und so will ich denn Professor Dr. Leopold Königstein in bezug auf seine Bedeutung für die wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Interessen der Aerzte schildern.

Dr. Leopold Königstein wurde im Jahre 1850 in Bisenz (Mähren) als Sohn des dortigen Volksschuldirektors geboren, absolvierte in Wien Gymnasium und Universität als Schüler von Skoda, Oppolzer, Rokitansky, Hyrtl, Brücke, Hebra und Arlt. Im Jahre 1873 rite zum Doktor der g. Heilkunde promoviert, arbeitete er in weiterer Folge durch 5 Jahre an den Augenkliniken der Professoren Arlt Jäger und Stellwag und gleichzeitig im Laboratorium Brückes, war dann durch viele Jahre hindurch zuerst Assistent, dann Leiter einer Augenabteilung der Wiener Poliklinik. Im Jahre 1881 habilitierte er sich als Privatdozent für Augenheilkunde und wurde im Jahre 1900 zum außerordentlichen Professor ernannt. Seine Lehrtätigkeit begann er an der Poliklinik und setzte sie im Allgemeinen Krankenhause fort, wo er Kurse und Vorlesungen hält, die besonders von ausländischen Aerzten frequentiert werden. Seine wissenschaftliche Tätigkeit begann er im Wiener physiologischen Institut unter Brücke, aus welcher Zeit mehrere Arbeiten stammen, die teils in den Sitzungsberichten der Akademie der Wissenschaften, teils im Gräfeschen Archiv veröffentlicht wurden. Mehrere Arbeiten zeigen die spezielle Neigung zur klinischen und didaktischen Richtung. — Unter den zahlreichen Publikationen seien besonders hervorgehoben die über Blennorrhoea neonatorum und über „die Wirkung des Kokains“; bei dieser Gelegenheit soll die leider oft „übersehene“ Tatsache konstatiert werden, daß Leopold Königstein gleichzeitig mit Koller und unabhängig von demselben die Versuche mit Kokain angestellt und dieses in die okulistische Praxis eingeführt hat. Außer den lexikalischen Arbeiten für das diagnostische und therapeutische Lexikon und für die Real-Encyklopädie von Eulenburg erschienen noch zahlreiche Artikel anatomischen sowie klinischen Inhalts in der „Wiener medizinischen Presse“, im „Zentralblatt für die gesamte Therapie“, im „Archiv für Augenheilkunde“, in den „Wiener medizinischen Jahrbüchern“ (Untersuchungen an den Augen Neugeborener), im „Archiv für Ophthalmologie“, in den „„Klin. Blättern für Augenheilkunde“, in der „Zeitschrift für Augenheilkunde“ usw. usw. Seine didaktische schriftstellerische Tätigkeit ist unter anderem niedergelegt in den Heften der „Wiener Klinik“, in den Arbeiten „Ueber Augenmuskellähmungen“, „Ueber Pupillarreaktion“ und in den Lehrbüchern: „Praktische Anleitung zum Gebrauch des Augenspiegels“, „Anleitung zur Brillenbestimmung“, „Behandlung der häufigsten und wichtigsten Augenkrankheiten“ und endlich in den Aufsätzen: „Notizen zur Anatomie und Physiologie der Orbita“, „Zur Klinik des Herpes Zoster ophthalmicus“, „Die neueren augenärztlichen Heilmittel“, „Greffe ocoläre“ usw. usw. In neuester Zeit erschienen von Prof. Königstein diverse Arbeiten aus dem Gebiete der Serologie.

Diese wissenschaftliche Entwicklungsbahn, die viele vor ihm durchmachten und in welcher er gewiß noch von einem Heere von Nachahmern erreicht werden wird, würde ihm in diesen Blättern keinen Raum sichern. Wir bringen selbstverständlich der medizinischen Wissenschaft die allergrößte Verehrung entgegen, wir zollen ihren Anhängern, bezw. Vertretern den Tribut größter Autorität, und wir sind endlich jederzeit freudig gestimmt, wenn ein Professor einen für praktische Aerzte berechneten Vortrag uns zur Publikation überläßt, aber sind schließlich doch in erster Linie eine Zeitung für den praktischen Arzt, für seine wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Interessen.

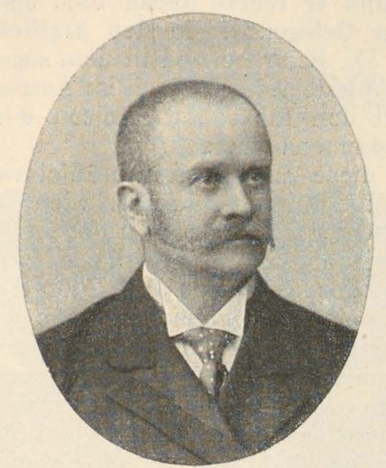
Und weil wir das Wohl und Wehe des praktischen Arztes jederzeit mit dem Griffel der Geschichte verfolgen, müssen wir manchmal aus der Zahl der sozialärztlichen Kombattanten einige hervorheben, die der Allgemeinheit und ihren Interessen zum großen Vorteile gereichen, weil sie trotz ihrer akademischen Karriere den rauhen Kampf des Alltags im Verein mit den praktischen Aerzten sua sponte durchmachen.

Wir können im allgemeinen nicht behaupten, daß die sozial-ärztliche Bewegung von den Professoren allzu viel gefördert wird. Die Professoren — sie mögen noch so warm empfindende Aerzte sein — gehen gewöhnlich ihre eigenen Wege, sie sondern sich ab, weil sie aus der radikalen Betätigung wirtschaftlicher Bestrebungen, welche von Aerzten forziert werden müssen, naturgemäß für sich, ihr Avancement, ihre Förderung von der Regierung usw. fürchten. Wir haben ja in Wien derzeit einen Professor an der Spitze einer Aerztekammer, der sich verdienstvoll, mutig und energisch benimmt, wir haben ja hie und da in Oesterreichs Provinzen einen Professor, der sich mit seiner Person und seinem Namen für die Sache der Aerzte einsetzt, aber man verfolge die Zahl dieser weißen Raben, und man wird mir sagen, daß sie außerordentlich gering ist. Wer in die Reihe der sozial-ärztlichen Kämpfer eintritt, und seine Aufgabe richtig auffaßt der wird sich sicherlich von manchen Vorteilen, die ihm ansonsten gewinkt hätten, a priori lossagen müssen. So sehen wir denn, daß die Dozenten und Professoren, wenn sie auch bei Versammlungen und Galaanlässen in unserer Mitte häufig erscheinen, im allgemeinen doch das retartierende Moment bilden, welches den Vorwärtsschritt der sozial-ärztlichen Bataillone hemmt.

Wenn also ein Akademiker ungebeten eintritt in die Reihe der praktischen Aerzte, um mitzukämpfen für deren Ideale und Gerechtsame, der muß von Vornherein des Vertrauens und des Lobes der Kollegen sicher sein.

Und das ist das springende Moment, weshalb Professor Dr. Leopold Königstein für die praktischen Aerzte in Erscheinung tritt. Er hatte es nicht notwendig,

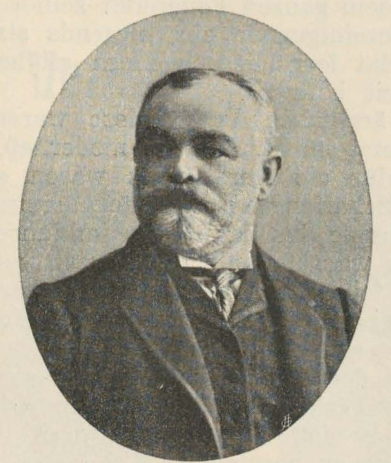
Das Präsidium des Reichsverbandes österr. Aerzteorganisationen.



Dr. Ludwig Skorschéban
Vizepräsident

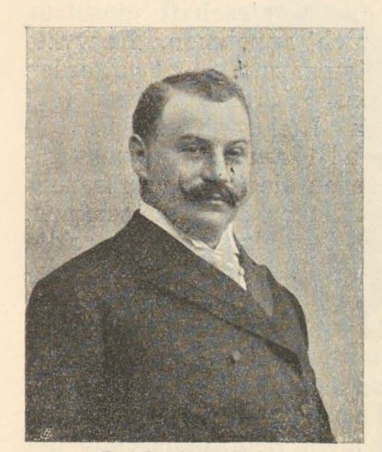


Dr. ADOLF GRUSS
Präsident

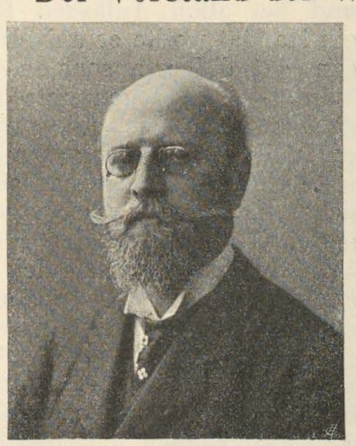


Dr. Roderich Koralewski
Vizepräsident

Der Vorstand der Wiener Aerztekammer.



Dr. Ludwig Frey
Schriftführer



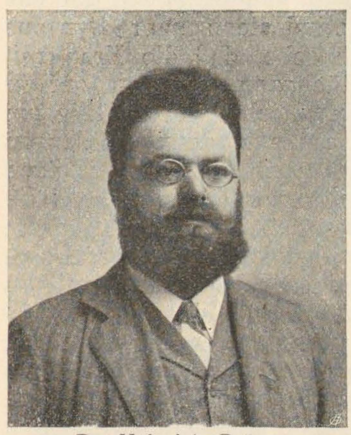
Prof. Dr. Ernst Finger
Präsident



Dr. Adolf Gruß
Vizepräsident



Dr. Karl Edler v. Gécz
Kassadirektor



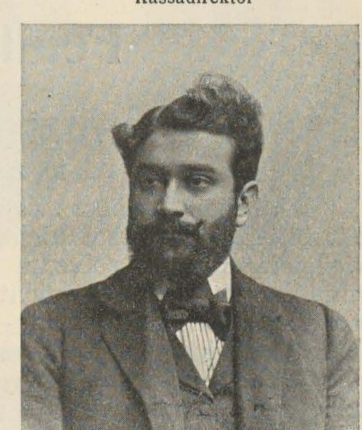
Dr. Heinrich Grün



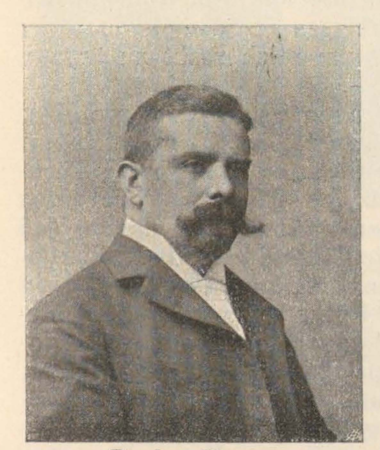
Dr. Herm. Ritter v. Hauschka



Dr. Rudolf Jahn



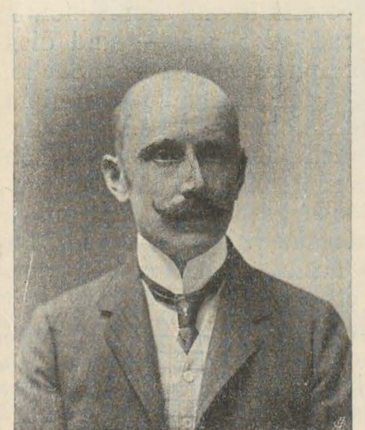
Dr. Ludwig Stricker



Dr. Jos. Thenen



Dr. Paul Frühmann



Dr. W. Herz-Fränkl



Dr. H. Loewenstein

sich für die praktischen Aerzte zu exponieren, aber er trat mit dem ganzen Feuereifer seiner echten Kollegialität in die Vereinigungen ein, nirgends streberisch, etwa auf ein Mandat losgehend, sondern allüberall zur ärztlichen Kleinarbeit bereit.

Die ärztlichen Verhältnisse waren zur Zeit, als er sich vorerst im II. Bezirke niederließ, nicht am freundlichsten für die Aerzte. Es waren gerade die Kämpfe um die Schaffung von Aerztekammern, und es bedurfte vieler Kämpfe, bis das Gesetz im Jahre 1891 endgiltig beschlossen war. Damals hatten sich verschiedene Parteien gebildet, teils für, teils gegen die Aerztekammer.

Königstein beteiligte sich übrigens an dem öffentlichen Vereinsleben auch damals sehr lebhaft, als über den Kopf der Aerzte hinweg der österreichische Reichsrat in den Jahren 1886, 1887 die Arbeiterversicherungsgesetze beschloß. Man findet, wenn man unter den Vereinsprotokollen herumblättert, Königstein bei den meisten Anlässen, wo es sich darum handelte, große Aktionen der Aerzte zu unterstützen. Da war er in Rat und Tat, mit Schrift und Wort bereit, seine kollegiale Pflicht zu erfüllen.

Prof. Dr. Königstein lebte, wenn man den konfessionellen Frieden in Debatte ziehen will, eigentlich noch im „Aetas aurea", wo sich ganz in Ovidscher Poesie die disparatesten Elemente friedlich zur Beratung zusammenfanden. Aber er mußte es auch erleben, und so sehr er sich dagegen sträubte, er konnte es nicht verhindern, daß die Politik des Tages allmählich ihre Schatten auch auf die ärztlichen Verhältnisse warf. Es kam zur Sezession aus gemeinsamen Vereinigungen, zur Neubildung von ärztlichen Zentren, zur Gründung von neuen Blättern, und die neueintretenden Jünglinge des Kampfes trugen manchmal zu seinem Aerger eine schärfere Tonart in die Versammlungen. Prof. Dr. Königstein war Zeitgenosse, wie die verschiedenen ärztlichen Parteien ihre eigenen Wege gingen und wie der derzeitige Reichspräsident Dr. Adolf Gruss dem zürnenden Peliden gleich den Achaiern grollte. Schon damals war Königstein ein Anhänger des Friedens unter den Aerzten, und er redete dieser Idee überall das Wort. Dazu hatte er Gelegenheit in den ärztlichen Vereinen des I., II. und IX. Bezirkes und in dem sogenannten Zentralausschuß der Aerzte Wiens. Auch im Aerztevereinsverband kam er mit den führenden Kreisen der Aerzte diesbezüglich in Gedankenaustausch.

Doch lassen wir diese sogenannten prähistorisch-ärztlichen Erinnerungen, die zu weit führen würden, und wenden wir uns dem Kollegen Königstein der letzten Jahre zu. Es waren stürmische Zeiten, als die Aerztekammer unter dem Präsidium des Primarius Dr. Josef Heim abtrat, unmittelbar nach jener stürmischen Aerzteversammlung, die sich mit dem § 43e der Aerzteordnung beschäftigte. Die Vorstandsmitglieder der Aerztekammer hatten sich verpflichtet, sich in die nächste Kammer nicht wählen zu lassen, und man sah einer stürmischen Wahl entgegen. Königstein bemühte sich vergeblich, einen Ausgleich herbeizuführen, aber er scheiterte an den Bedingungen, die den Freisinnigen als Majorität diktiert wurden. Und so wurden die Wahlen im Zeichen des Kampfes durchgeführt. Königstein, der sich in allem und bei allen Anlässen für die Aerzteschaft einsetzte, ein Mandat wollte er unbedingt nicht annehmen. Er wußte ganz gut, daß er ansonsten der Kammerpräsident geworden wäre. — Die sogenannte freisinnige Aerztekammer (mit den zwangsweise mitgewählten Nichtfreisinnigen) trat unter dem Primarius Dr. Ewald zusammen und leistete viel Arbeit, weil man sich gegen die Kritik von freundlicher, noch mehr aber von feindlicher Seite zu schützen hatte. Als Mitglied der Wiener Aerztekammer, praesidio Dr. Ewald, referierte ich oft im I. Bezirk, und Königstein verfolgte die Vorgänge im ärztlichen Lager sehr genau. Er schielte auch bereits ins feindliche Lager hinüber und fand, daß eine wirtschaftliche Einigung der Aerzte nicht unmöglich wäre. Er trat daher mit Skorschebán, Ig. Weis, Jos. Thenen, V. Hamerschlag und Öblidahl zusammen und ließ den alten Zentralausschuß der

---

Feuilleton.

Der Arzt als Patient!

Von **Dr. Heinrich Grün.**

Ich behandle lieber zwanzig Nichtärzte, als einen Arzt: ich bitte, mich dabei nicht mißzuverstehen. Nicht weil vielleicht zwanzig solvente Stützen meiner Praxis einen wohl zum Sterben, aber nicht zum Zahlen bereiten Kollegen materiell weit überwiegen — so kleinlich denkt man in der Regel nicht —, aber mehr Mühe, mehr Aerger macht der kranke Arzt als 20 gesunde Patienten. Und dann dabei die Undankbarkeit in moralischer Beziehung! Mache ich den Arzt gesund, d. h. schreitet unter meiner „gütigen Mitwirkung" die Krankheit ihrem Ende zu, dann habe ich einfach meine Kollegenpflicht erfüllt und sonst nichts, wird er aber nicht sofort gesund oder gar — und dies fürchte ich am meisten — kompliziert sich die Sache, dann ist es meine Schuld. — „Ich behandle ihn nicht mit der nötigen Sorgfalt, weil ich nichts gezahlt bekomme, ich hätte ihn zu wenig oft besucht, ihn sehr oberflächlich untersucht, und dabei — horribile dictu — quoad diagnosim aut therapiam mehr Böcke geschossen, als einige meiner Kollegen auf der Sonntagsjagd. Die Analyse, der meine Rezepte vom ärztlichen Patienten unterzogen werden, ist mit einer quantitativ chemischen an Peinlichkeit nicht zu vergleichen, und wehe mir, wenn ich vielleicht von dem „Heitzmannschen Rezeptformeln an den Wiener Kliniken" irgendwie abgewichen bin. Dann muß ich jedes Centigramm eines Adstringens verteidigen, wie die Löwin ihre Jungen, und jeder süße Syrup, der in zu großer Quantität meiner Feder auf das Rezept entströmte, wird mir mindestens zum Syrupus corticis aurantii. Und wenn ich sehe, daß die Krankheit des Kollegen nicht nur im Rückgang, sondern gar in Besserung sich befindet, und wenn ich dann zufällig um einige Viertelstunden verspätet anlange, dann empfangen mich nicht nur der Arzt, sondern auch seine Angehörigen mit der größten Indigniertheit, ich werde mit einer Kälte behandelt, die für eine Kompresse bei Pneumonie paßt; und ich erhalte auf meine freudige Diagnose der Besserung zur Antwort: „Na, ja! So sagst du nur, damit du dein merkwürdiges Fernbleiben erklärst, das mich wirklich verletzt hat! Wenn ich gesund werde, werde ich dir das nicht so bald vergeben?" — Also, da hört sich doch alles auf! Vergessen sind die Stunden, die ich an dem und auf dem Krankenbett zugebracht habe, vergessen die niedersten Dienstleistungen, die ich dem Kollegen zuliebe verrichtet habe. Zum Schlusse fragt mich noch der undankbarste ärztliche Patient, um mich recht zu ärgern, was er mir schuldig wäre — —.

Auch mit dem vollen Vertrauen ist es nicht weit her, das mir der Kollege entgegenbringt, obwohl er mich nur zum „glücklichen" Hausarzt berufen, weil er meine Tüchtigkeit kannte. Trotzdem muß ich bei der Einberufung zu vieler Konsiliarien „bremsen". Abgesehen davon, daß es mancher Fall in der Tat nicht erheischt, einen Spezialisten zu bemühen, muß man erst alle Spezialisten in Bezug auf ihre Tugenden und Untugenden mit dem Kollegen auf Herz und Nieren untersuchen. Mancher Spezialist, der früh noch selig in den Daunen liegt, weiß nicht, daß die Parzen ihm bereits ein „saftiges" Konsilium beschert haben zu einem Kollegen, der ihm im Leben nie einen Patienten bescheert hat, wenn er diesen Patienten

Die Obmänner Wiener ärztlicher Vereine.



1. Prof. Dr. Leopold Königstein (Obmann des Vereines der Ärzte des I. Bezirkes und Obmann der Obmänner-Konferenz). 2. Dr. Ignaz Weiss (Ärztlicher Verein im II. Bezirke). 3. Dr. Viktor Hrdliczka (Ärztlicher Verein im III. Bezirke). 4. Dr. Josef Scholz (Ärztlicher Verein der südlichen Bezirke Wiens). 5. Dr. Ludwig Boros (Margaretner Ärzteverein). 6. Dr. Hans Schum (Ärztlicher Verein der westlichen Bezirke Wiens). 7. Dr. J. Frey (Ärztlicher Verein des VII., XVI. u. XVII. Bezirkes). 8. Dr. Ludwig Skorschebán (Ärztlicher Verein des VIII. Bezirkes). 9. Dr. Josef Thenen (Ärztlicher Verein des IX. Bezirkes). 10. Dr. S. Lichtenstein (Ärzteverein im X. Bezirke). 11. Dr. Moritz Obhlidal (Ärztlicher Verein der südwestlichen Bezirke Wiens). 12. Dr. Julius Rader (Verein der Ärzte im XVIII. Bezirke). 13. Dr. Moritz Schnirer (Ärztlicher Verein des XIX. Bezirkes). Dr. Siegfried Smetana (Verein der Ärzte der Gremialkrankenkasse der Wiener Kaufmannschaft). Dr. Wilh. Forschner (Verein der Kassenärzte Wiens). 16. Dr. Ludwig Stricker (Freie Vereinigung der praktischen Ärzte Wiens). 17. Dr. Karl Edler von Gécz (Wiener Ärzteverein). 18. Dr. Isidor Herzel (Ärzteverein im XXI. Bezirke Wiens in Floridsdorf).

Aerzte, der für die Gegner das rote Tuch war, in Trümmer gehen und gründete im Verein mit den obgenannten Kollegen die sogenannte „Obmännerkonferenz“, also einen sogenannten Konvent von freisinnigen Aerzten, der bei Wahlen etc. als entsprechender Faktor in die Schranken treten sollte. Und kaum senkten sich über die Aerztekammer unter der Führung des vornehmen und wackeren Ewald die Schatten des Todes herab, da wurde denn auch schon der Kompromiß zwischen den feindlichen Lagern in Wien geschlossen, obwohl Königstein, Thenen und die anderen Entrepreneure desselben gegen die Gegner desselben, so eine Art freisinniger Janitscharen, diesbezüglich noch manch' harten Strauß auszufechten hatten. Freilich wurde die Kompromißidee sehr stark durch den energischen Ton Janeczeks gefördert, aber Königstein benützte die Resistenz der niederösterreichischen Gemeindeärzte als starken Anlaß, in Wien die Solidarität der Aerzte zu begründen. So kam denn unter der fortwährenden sozialen Arbeit unserer besten Männer, wie Königstein, Skorschéban, Thenen, J. Weis, vor allem die Aerztekammer zustande, und auch für diese hatte er eine Kandidatur entschiedenst abgelehnt. Es kam aber auch unter dem unermüdlichen L. Skorschéban die wirtschaftliche Organisation zustande, in welche sich Prof. Dr. Königstein mit Bereitwilligkeit hineinwählen ließ. Es folgte nunmehr rasch aufeinander die Einreihung in die Reichsorganisation, die Wahl Königsteins als Delegierter in den Reichsverband. Bekannt ist seine damalige entschiedene Haltung gegen die Zahlstöcke, sein entschiedenes Auftreten in der Blatternepidemie, und seine regsame Tätigkeit als Agitator für die Organisation. Ihm ist keine Arbeit zu niedrig, kein Gang im Interesse der Kollegen zu viel und er hat überall durch sein vornehmes Auftreten den Erfolg auf seiner Seite; ich erinnere nur daran, daß er bei den Verhandlungen mit der Brotfabrik F. Mendl den Pauschalpreis von 5 K pro Kopf und Jahr bei der Familienversicherung auf Grund der freien Aerztewahl durch seinen Einfluß bewirkte. Ich erinnere daran, daß Prof. Dr. Königstein auch Mitglied der österreichischen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums ist und daß er als solcher nicht etwa bloß beim grünen Tischtuch gesprochen hat, sondern daß er in die stürmischesten Versammlungen der Kurpfuscher, Impfgegner, Vivisektionsgegner etc. mit mir ging und dort den Mut hatte, ganz entschiedenst gegen dieses Pack aufzutreten.

Gegenwärtig arbeitet Königstein außer in seinem Berufe, beinahe auf allen Gebieten der sozialärztlichen Arena: Im Vereine des I. Bezirkes, erscheint auch in den anderen Bezirken, wenn es etwas auszufechten gilt, in der wirtschaftlichen Organisation, wo er als eine der Säulen gelten kann, er ist Delegierter im Reichsverband und tritt für die Belange der Wiener Kollegen kräftigst ein und er weiß bei allen Streitfragen, die mich in die Hitze zu bringen pflegen, eine gewisse Ruhe und Besänftigung hineinzubringen. Er tut es mit dem Bewußtsein, daß er als Obmann der Obmännerkonferenz vor allem die Verpflichtung hat, die Obmännerkonferenz — nicht allzusehr in die Schranken treten zu lassen.

Auf allen Gebieten sozialärztlichen Wirkens hat Prof. Dr. Königstein eine Reihe aufopferungsvoller Arbeiten hinter sich und man kann nicht sagen, wie viel er noch vor sich hat. Er ist kein Jubelgreis wegen der paar Dezennien, die er vollbracht, er ist ein Jubeljüngling, geistig und körperlich vielen Jüngeren vielfach überlegen. Deshalb kann ich mir auch vorbehalten, im nächsten Dezennium die Tätigkeit Königsteins genauer zu kritisieren. Ich kann nur sagen, daß ich dem wackeren Kollegen nur Eines nicht verzeihe, daß er nicht mehrere seinesgleichen hat. Denn die sozialärztliche Bewegung braucht altruistische, verständige, charaktervolle, fleißige Leute, die nach oben und unten Ansehen genießen. Hätten wir mehr solcher Professoren in unseren Reihen, die Aerzte würden besser reussieren. Die „Aerztliche Standeszeitung“ wünscht

---

nicht seinem früheren Spitalsassistenten zu-, und ihm abgewendet hat.

Von den Spezialisten gibt es liebenswürdige primissimo ordine, liebenswürdige (nach außen, obwohl im Inneren dem Aetna gleichend an Unliebenswürdigkeit, der seine Lava verbreiten möchte), dann gibt es sogenannte Frotzler, die einem eine Untersuchung vortäuschen, und wenn sie weg sind, weiß ich als Einberufer des Konsiliums so viel, daß mein „Küchenlatein“ zu Ende ist. Endlich gibt es aber intrigante Konsiliarii, welche einem Berufskollegen gerne „auch etwas“ gönnen und welche sich pessimistisch aussprechen oder mit jenem Achselzucken, welches die sokratische Weisheit verkündet: „Ich muß Ihnen sagen, ich bin noch nicht vollkommen klar. Vielleicht lassen Sie sich röntgenisieren oder rufen Sie den Chirurgen — —“ Er weiß ganz gut, daß dieser Trick ganz gut gelingt. Es wird auch der X-Strahl des Glücks in die Wohnung des Radiologen dringen mit der Botschaft: „Kollege „Y“ muß auf einige Steinchen in der Niere untersucht werden —.“ Und gehört gar der angekündigte ärztliche Patient zu seinen Protektoren, dann schwingen die X-Strahlen der Geißlerischen Röhrchen in ondulierender Glückseligkeit.

Ja, aber die Gefühle des Radiologen ließen mich ganz kalt, wenn ich nicht verdonnert wäre, zu diesen faden Untersuchungen mitzuerscheinen und nichtssagende Auskünfte zu geben.

Die Diät, die ich anbefehle, bereitet mir mehr Qualen als ihm. Ich muß seine Vorwürfe hören, weil er nicht „warmes Zeugs“ oder „kaltes Gesüff“ vertilgen kann. Komme ich zu ihm ernst, glaubt er, ich bin seiner Behandlung überdrüssig, komme ich mit einem Scherzwort, hält er mich herzlos, weil ich kein „Einsehen habe“ mit dem schweren Grad seiner Krankheit, und nennt mich „einen Gemütsmenschen“ oder direkt brutal. Sehr oft folgen die Improvisationen während des Tages. Wie oft werde ich gerufen, es sei höchste Gefahr, unterdes hat die „Darmverwickelung“ sich in eine harmlose Kolik oder noch harmloseren Flatus verwandelt. Kurz und gut, ich bleibe bei meinen Eingangsworten, ich behandle lieber zwanzig Patienten, als einen Arzt.

Viel ekelhafter bin ich jedoch (ich meine das „Ich“ für eine große Zahl von Kollegen), wenn ich selbst Patient bin. Vor allem weiß ich nicht, wen ich für würdig genug halten soll, meine Behandlung zu führen. Seit mich ein Konkurrent einmal im Halse mit einer zirka 20% Lapislösung ausbrannte, seitdem mir ein Kollege einen Zahn frakturierte, seit mir einmal ein Konkurrent meiner Gegend ein Pulver anriet, welches mir sofort helfen würde, während ich mit Schaudern Konkurrenzpalpitationen hatte, schalte ich, soferne es geht, die Konkurrenz gerne aus, obwohl ich natürlich nicht im mindesten daran denke, daß ein Dolus dabei gewesen sein kann.

Das „Medicus medicum odit“ ist natürlich nur scherzhaft hineininterpretiert, aber es ist doch eine alte ärztliche Bauernregel, daß man sich von seinem Konkurrenten nicht gerne behandeln läßt.

Es ist eine alte Erfahrung, daß wir Aerzte uns gerne von dem Kollegen behandeln lassen, von dem wir etwas aus der Studienzeit her wissen, daß er ein glänzender Diagnostiker oder Therapeut, oder daß er als Sekundarius oder als Assistent seinem „Alten“ durch besonderes Wissen imponiert habe. Oder wir folgen der ärztlichen Volksstimme, die zu einigen Kollegen wie mit einer Magnetnadel hinzieht. In der Großstadt ist es ein Nonsens, sich

dem Jubilar recht herzlichst Glück und gratuliert auch den Kollegen zu einem hervorragenden Mitarbeiter an unserem Kampfe um eine soziale Existenz.

Professor Dr. Leopold Königstein als Obmann des Vereines der Aerzte des I. Bezirkes.

Von **Dr. Walther Bienenstock**, I. Schriftführer des Vereines.

„Als es vor einigen Wochen bekannt wurde, daß Professor Dr. Königstein am 26. April sein 60. Lebensjahr vollende, wurde die Idee, diesen Tag festlich zu begehen, den trefflichen, trotz seiner spezialistischen und wissenschaftlichen Tätigkeit, in sozial-ärztlicher Hinsicht rastlos und unermüdlich wirkenden Mann entsprechend zu ehren, allseits mit Feuereifer aufgegriffen. Es trat ein Komitee von Delegierten des Vereines der Aerzte des 1. Bezirkes und einer Reihe im öffentlichen Leben stehender Aerzte zusammen, und mit Stimmeneinheit wurde das Programm des Festabends skizziert, für den man nur die eine Angst hegte, alle, alle würden erscheinen mit Ausnahme des allzubescheidenen Jubilars.

Mag der Festabend noch so prächtig gelingen, mag er noch so zahlreich besucht sein und mögen die Toaste in noch so vollen Akkorden erklingen: die einmütige, begeisterte Zustimmung aller Vorstandsmitglieder, den Obmann zu ehren, und die Ueberzeugung aller, die Plenarversammlung des Vereines würde Mann für Mann freudig und per acclamationem gutheißen, was der Vorstand zur Feier des Jubilars beschlossen, wird diesem wahrscheinlich das schönste und kostbarste Angebinde sein.

Wohl war Professor Königstein niemals zu bewegen, eine Wahl in die Aerztekammer anzunehmen; was er aber in der Obmännerkonferenz, die ihn im letzten Jahre zum Dank für sein unermüdliches, ersprießliches Wirken zum Obmann wählte, was er insbesondere für die Wirtschaftliche Organisation bedeutet, wird von anderer, maßgebenderer Seite gewürdigt werden. Durchdrungen von der Notwendigkeit des Zusammengehens aller Aerzte, da es galt, die materielle Lage der Aerzte zu heben, ihnen die frühere angesehene soziale Stellung zurück zu erobern, stets der idealen Auffassung huldigend, es müßten alle Scheidewände unter den Aerzten fallen, alle Gegensätze sich mildern, überbrücken lassen, wenn das Wohl aller auf dem Spiele stehe, wenn andere auch zehnmal „Ne equo credite, Teucri" riefen, hat Königstein, im Verein mit Dr. Skorschéban, Prof. Finger und anderen wackeren Kollegen den Bau der Organisation mitzimmern geholfen.

Es war am 7. November 1904, als Prof. Königstein, mit Akklamation zum Obmann des Vereines der Aerzte des 1. Bezirkes gewählt wurde, nachdem Hertzka nach kaum $1/_2$jähriger Leitung aus Gesundheitsgründen resigniert hatte.

Königstein hatte sich zuerst gegen die Wahl zum Obmanne gesträubt; es mangle ihm an Zeit, andere wären berufener als er. Als er aber mit Stimmeneinheit gewählt wurde, fügte er sich doch den Bitten der Kollegen. „Obwohl er selbst sich nicht für den geeigneten Mann halte, schienen die Kollegen anderer Ansicht zu sein. Die Zukunft werde lehren, wer recht gehabt habe. Sein Hauptstreben würde dahingehen, das Arbeitsprogramm der Sitzungen reicher zu gestalten und den Besuch derselben möglichst zu heben."

Seitdem sind 6 Jahre vergangen. Die Kollegen haben recht behalten. Nie befand sich die Leitung des Vereines in besseren Händen.

Wohl gaben auch die früheren Obmänner sicherlich ihr Bestes. Aber Monti und Hertzka besaßen nicht die Sympathien aller, das glänzende Präsidium Fingers, der überdies durch viele Jahre als unübertrefflicher Schriftführer für den Verein gewirkt hatte, dauerte leider nur 2 Semester, Kornfeld war ein ausgezeichneter Obmann, geachtet, verehrt, geliebt — wie Königstein. Aber eines

---

einen beschäftigten, abgehetzten Kollegen zum „behandelnden" Arzt zu wählen. Denn ihn mache ich unglücklich, und die jagende Eile, in der er auch mir gegenüber seine kollegiale Pflicht zu erfüllen sucht, macht mich wieder nicht glücklich. Nehme ich also einen alten Freund, einen alten Spezi und Haudegen zum Arzt, so muß er freilich manchmal meine Launen büßen: 1. Weil ich wirklich eine schwere Krankheit habe. 2. Weil ich mir selber nicht glaube, daß ich das haben könnte, viel weniger ihm. 3. Weil die Krankheit eine freundschaftliche Behandlung nicht verträgt; eine Krankheit muß eben feindlich bekämpft werden. 4. Weil er mir nicht zugesteht, daß es mit mir aus ist, und wehe ihm, wenn er es mir zugestände! 5. Weil er nicht auch, so wie ich, verzweifelt ist; denn nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt sein usw. Man sieht, es sind wenig Gründe, manchmal mit ihm zu brummen, aber sie kommen vom Herzen. Ich habe aber auch Gründe, wegen Feststellens der Diagnose und insbesonders wegen Therapie mit ihm in einen Disput einzutreten. Und dann die Perkussion und Auskultation! Klopft er mich ohne Plessimeter ab und auskultiert er ohne Stethoskop, ist er zu altmodisch, zu lässig, hat er beides mit, so muß ich ihm vorhalten, daß man mit diesen Instrumenten im praktischen Leben nicht auskommt. Am meisten empört es mich, wenn er keinen Ohrenspiegel mit hat, während ich bereits die Otitis media vermute. Unterdes konstatiert dann der Kollege, der sein Ohrenzeug mir entlehnte, daß es nur oleose Massen der Vorzeit seien. Bezüglich des Kommens muß ich mich ernsthaft über ihn beschweren. Habe ich auch nicht so viel, als ich vorgebe — bei Krankenkassenmitgliedern nennt man das Aggravation —, so darf er doch nicht statt Besuche in 24stündigen Intervallen, solche in 36-stündigen forzieren, das nächste Mal 47 Stunden!, so daß alle vier Tage ein freier Behandlungstag ist; und das alles, weil er mein Geld nicht nimmt, obwohl ich es ernsthaft anbiete. Warum er sich dagegen wehrt, wenn ich einen Spezialisten verlange, ist mir unerfindlich. Uebrigens habe ich diese „Gratisherren" auf dem Kerbholze! Der eine kommt und macht mich die ärgste Blinddarmentzündung durch seine Liebenswürdigkeit vergessen, befreit mich durch sein holdseliges Leutseligsprechen von dem ärgsten Lungenkatarrh etc., aber im Effekt habe ich von seiner Freundlichkeit so viel, wie wenn er nie die hochakademischen Finger auf meinem Rücken hätte spielen lassen. Der andere Spezialist ordiniert mir alle die Mittel, die er selbst gerne nimmt. Der Professor meint damit offenbar im Sinne Nietzsches zu handeln, wenn er mir immer von seiner eigenen Krankheit erzählt. Denn in seinen Werken zur „Genealogie der Moral" (VII, 437) betont Nietzsche die Notwendigkeit von Aerzten und Krankenwärtern, die selber krank sind. Ich muß offen gestehen, wenn ich wieder gesund bin, will ich kein Arzt im Sinne Nietzsches sein. — Was habe ich davon, wenn mich, den kranken Arzt, Nietzsche als „asklepischen Priester" hinstellt, dessen Reich die Herrschaft über Leidende ist. Da bin ich schon eher der Ansicht Platos, daß der Arzt stark an Körper und insbesonders an Seele sein müsse.

Ich habe mich, wie ich sehe, verrannt. Was gehen mich, den kranken Arzt, Plato und Nietzsche an? Ich bin unglücklich, daß ich mich derzeitigen Aerzten anvertrauen muß, wenn sie auch noch so geschickt sind! Aber mit dem Bezahlen bezw. dem Nichtbezahlen ist es ein Unfug. Es wäre am vernünftigsten, dem Kollegen für ärztliche Hilfe zu zahlen, dann hat er nicht bloß die

scheint unser heutiger Obmann noch voraus zu haben: die Autorität.

Sein Versprechen aber hat Professor Königstein wacker eingelöst, und mehr als das!

Es ist nicht denkbar, das Programm der Vereinsversammlungen noch interessanter und vielseitiger zu gestalten, als es in den letzten 6 Jahren war. Standen auch die sozial-ärztlichen Themen an der Spitze, so blieb noch immer Raum für Reiseberichte vom ärztlichen Standpunkte aus, für aktuelle medizinische Fragen, für ärztliche Kapitel mit juridischem und technischem Einschlag.

Es sprachen bei uns nicht nur die Herren vom Vereine selbst, wir hatten auch Juristen, Techniker, Professoren und Dozenten ärztlicher Spezialdisziplinen, Vertreter des Sanitätsdepartements, sowie des Stadtphysikates als Referenten bei uns zu Gaste.

Und dieses reiche Programm wurde beinahe ausschließlich von unserem trefflichen Obmanne entworfen. Er, der befürchtete, dem Vereine zu wenig Zeit widmen zu können, ist heute die Seele desselben, er schenkt demselben so viel von seinem Ich, daß man meinen möchte, der Verein fülle ihn vollständig aus, es bleibe ihm jetzt für nichts anderes Zeit. Auch den 2. Punkt seines Programmes, den Besuch des Vereines reger zu gestalten, hat Prof. Königstein nach Tunlichkeit verwirklicht.

Man wird dies umso höher anschlagen müssen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß das ärztliche Vereinsleben im 1. Bezirke sich nicht ganz analog zu dem der übrigen Bezirke verhält. In den letzteren prävalieren die praktischen Aerzte. Das Bedürfnis derselben, mit Kollegen zusammenzukommen, Rat, Trost, Ermutigung in dem schweren Kampfe um das bittere Brot der Praxis zu schöpfen, neues zu hören, Anregungen zu geben und zu empfangen, ist ein so lebhaftes, daß man sich eigentlich über den guten Besuch der Sitzungen im 2. und 9. Bezirke nicht wundern darf, eher über den schlechten in den übrigen Bezirken.

Im 1. Bezirke dagegen sind leider die praktischen Aerzte relativ schwächer vertreten, es überwiegen dort die Spezialisten. Fast alle aber sind Mitglieder der Gesellschaft der Aerzte, sowie anderer wissenschaftlicher Gesellschaften.

Haben die Herren schon 2 Abende der Woche mit Wissenschaft ausgefüllt, so wird nur allzuleicht das karge Brot sozial-ärztlicher Kapitel verschmäht; man muß den Kollegen förmlich die Austern und Trüffeln exquisiter Themen servieren, um sie in die Sitzungen zu bekommen.

Daß wir trotzdem eine ganze Reihe von Plenarversammlungen hatten, an denen sich unser Saal als zu klein erwies, ist ganz gewiß ein Verdienst Königsteins.

Eine spezielle Erwähnung verdient die persönliche Liebenswürdigkeit des Jubilars.

Diejenigen, welche ihn nur als Vorsitzenden der Gesellschaft der Aerzte kennen, da er, ein zweiter Bramarbas, den Demonstranten nur 5 Minuten Sprechzeit gestattete, haben eine ganz falsche Vorstellung von seinem Präsidieren.

Im Vereine führt er das Regiment mild und liebenswürdig, nicht wie ein strenger Vater, sondern eher wie ein guter, zärtlicher Bruder.

Vor allem eröffnet er die Sitzungen nicht präzise 8 Uhr, wie es auf den Einladungskarten steht, er läßt den Herren Zeit, gemütlich zu nachtmahlen.

Persönliche Kontroversen sind unseren Sitzungen unbekannt. Es herrscht der gute altparlamentarische Ton, und die Glocke des Präsidenten gibt bloß das Zeichen zum Beginn der Sitzung oder verkündet vielmehr den Schluß der Speisestunde, niemals aber hat sie als Wurfgeschoß oder zu ähnlichen Zwecken Verwendung gefunden.

Ueber die Leitung und Führung der Vereinssitzungen haben sich schon wiederholt Mitglieder anderer ärztlicher Vereine, die bei uns zu Gaste waren, spontan mit den Worten höchster Anerkennung für Prof. Königstein geäußert.

Königstein begnügt sich nicht, den Einlauf einfach verlesen zu lassen. Er kommentiert, erklärt, ergänzt denselben, sehr zum Nutzen der weniger Eingeweihten, hat dabei das lebhafteste Interesse für jedes Thema, ist mit jeder Materie vertraut und gibt auch fast in jeder Diskussion seiner persönlichen Meinung Ausdruck.

Glänzend sind par excellence seine Berichte aus der Wirtschaftlichen Organisation. Wenn man selbst einer Sitzung derselben beigewohnt hat und dann an einer Plenarversammlung des Vereines teilnimmt, bei der Königstein das Referat hält, muß man direkt über das phänomenale, fast unheimliche Gedächtnis Königsteins staunen. Es ist, als ob ein Edisonscher Phonograph den ganzen Verlauf der Organisationssitzung aufgenommen hätte, so wortgetreu werden die verschiedenen Reden reproduziert, sehr zum Vorteile derjenigen, welche verhindert waren, der Sitzung der Wirtschaftlichen Organisation beizuwohnen.

Nie ist Königstein nervös, stets ist er von einer gleichmäßigen, heiteren, freundlichen Ruhe und Gelassenheit.

Ein einzigesmal haben wir ihn gereizt, verletzt, im Zorne gesehen, damals, als auf eine wichtige, dringliche Resolution des Vereines, zur Zeit der Blatterngefahr, keine Antwort aus dem Rathause herablangte. Königstein fühlte nicht nur sich beleidigt, er empfand diese Nichtbeantwortung als Schlag für den ganzen Verein, für die gesamte Aerzteschaft, sein Mannesstolz bäumte sich auf und er hielt eine donnernde Philippica, in so meisterhafter, vollendeter Weise, daß er das ganze Auditorium zu dröhnendem, minutenlang dauernden Beifalle hinriß.

Ich bin mir bewußt, daß diese kurze Schilderung große Lücken aufweist, noch lange nicht den Vorzügen und Verdiensten Königsteins gerecht geworden ist. Der mir zur Verfügung gestellte Raum ist jedoch knapp und so will ich denn zum Schlusse der von allen gehegten Hoffnung Aus-

---

Pflicht, wie zu anderen Patienten zu kommen, sondern ich habe dann auch das Recht, sein Kommen zu fordern. Uebrigens gehört dieses Kapitel nicht für mein heutiges Programm. Ich wollte den Arzt schildern, der Patient ist und der dann dem behandelnden Kollegen das Leben sauer macht. Es gibt keine ungeduldigeren, ungläubigeren, verzagteren, furchtsameren Patienten, als den Arzt, und wenn man dies bedenkt, kann einem manchmal der ungebärdige, nichtärztliche Patient sogar sympathisch werden. Gewiß gibt es auch heroische Ausnahmen. Ich kenne einen Professor, der im Sanatorium X. X. einen Patienten am Blinddarm operierte, und als er fertig war, seinen Assistenten ersuchte, ihn sofort ebenfalls am Coecum zu operieren, sagte es, atmete die Aether-Narkose, und erwachte, operiert. Es gibt Kollegen, die eine große Kourage haben, aber die bilden die Ausnahme. In der Regel ist nichts schwerer, als einem Arzt einen Zahn zu ziehen, einen Arzt zu kehlkopfspiegeln, einen Arzt zu zystokopieren usw. Ich wollte übrigens keinem der möglichen Aerztetypen, die ich erwähnte, wehe tun und hoffe, daß mir niemand meine Plauderei übel nimmt. Sie entstand dadurch, daß ich, auf dem Krankenbette in unangenehmer Dyspnoe liegend, mit meinem behandelnden Freunde und Hausarzt manchen Disput hatte, der mich für kurze Zeit sthenotischer Erscheinungen vergessen ließ. Wer mich behandelte? Ich kann ihn nicht nennen! Er ist ein temperamentvoller Freund, der für Kollegen durchs Feuer geht, ein guter Junge. Wir haben ihn in letzter Zeit manchesmal gekränkt, aber sein aufopferungsvolles Benehmen werde ich ihm nicht so bald vergessen.

---

druck geben: Möge es uns vergönnt sein, unseren geliebten und verehrten Obmann auch an seinem 70. Geburtstage so jugendlich frisch, elastisch, heiter, im Vollbesitze ungestörter Gesundheit feiern zu können. Und wenn wir dann Königstein um eine weitere Prolongation bis zu seinem 80. Wiegenfeste bitten werden, aus angeborener Liebenswürdigkeit schon wird er kein „Nein“ für uns haben, für unseren, für seinen Verein schon gar nicht.

Aerztliche Organisation.

Wenn von Organisation der Aerzte die Rede ist, so werden wir Aerzte von Kollegen und Laien vielfach auf das Beispiel der Arbeiter verwiesen und es wird uns zum Vorwurf gemacht, daß wir trotz unserer höheren Intelligenz jenen innigen Zusammenschluß vielfach nicht durchzuführen vermögen, der die Organisation der Arbeiter so stark macht. Dieser Hinweis und Vergleich ist meiner Ansicht nach unrichtig, da die Arbeitsverhältnisse bei Aerzten und Arbeitern wesentlich differieren. Die zahlreichen Arbeiter eines großen Betriebes stehen zu einander nur im Verhältnisse der Mitarbeiterschaft. Sie haben jeder einzelne seinen Wirkungskreis, seinen Lohn, keiner ist der Konkurrent des anderen, alle haben sie das gemeinsame Interesse dem Arbeitgeber gegenüber, den Preis ihrer Leistung tunlichst hinaufzusetzen, ihren Wirkungskreis eher zu verringern, den Lohn zu erhöhen, und es ist der Zusammenschluß für sie eigentlich eine Selbstverständlichkeit.

Wesentlich anders ist es im ärztlichen Beruf. Dem Publikum, als dem Arbeitgeber gegenüber, sollen die Aerzte als geschlossene Phalanx gegenüberstehen, demselben die Bedingungen des materiellen Existenzminimum diktieren, dabei aber ist jeder einzelne der Konkurrent aller, jede Vergrößerung seines Wirkungskreises, die er aus materiellen Gründen anstrebt, ist ein Entgang, eine Schädigung für alle anderen. Daß unter diesen Verhältnissen das Verständnis für Zusammenschluß, für Organisation sich schwerer Bahn bricht, ist klar. Aber es hat sich schon Bahn gebrochen und der Organisationsgedanke hat auch bei uns sieghaften Einzug gehalten. Allerdings bedurfte es dazu eines intensiveren Druckes, um allgemein der Ueberzeugung zum Durchbruch zu verhelfen, daß diejenigen, die im Konkurrenzkampf sich in standesgemäßer Weise bekämpfen, sich durch Zusammenschluß den Kampf wesentlich erleichtern. Daß diese Einsicht zunimmt, danken wir jenen Kollegen, die rastlos für die Organisation kämpfen und unter diesen nimmt bei uns in Wien Königstein einen hervorragenden Platz als Vorkämpfer ein. Ihm gebührt Dank und Anerkennung der Kollegen!

Prof. Dr. Ernst Finger.

Professor Königstein als Mensch und Arzt.

Von kais. Rat **Dr. Heinrich Charas**, Wien.

Wenn ich das Wirken Professor Königsteins als Mensch und Arzt beleuchten will, so kann ich mir kein besseres Leitmotiv wählen, als den Ausspruch Meister Nothnagels: „Nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt sein.“

Ein Arzt, dem die Mutter Natur Herzensgüte und Edelsinn schon in die Wiege gelegt hat, findet nicht nur in seinem Berufe, sondern auch außerhalb desselben immer ein weites Feld für menschenfreundliche Betätigung.

Und wahrlich, in dieser Hinsicht darf Professor Königstein auf eine wohl mühsame, aber um so segensreichere Arbeit zurückblicken!

In seinem ärztlichen Wirkungskreise hat er reichliche Gelegenheit, traurige Schicksalsschläge und menschliches Elend kennen zu lernen und dies mag seinem guten Herzen den Ansporn gegeben haben, einen großen Teil seiner freien Zeit der philanthropischen Betätigung zu widmen.

Als Vorstandsmitglied zahlreicher humanitärer Vereine wirkt Königstein in aufopferungsvoller, pflichteifriger und ersprießlicher Weise mit an den mannigfaltigsten Werken der Barmherzigkeit. Kein Unglücklicher klopft vergebens an seine Türe und sein Jahresbudget für Wohltätigkeitszwecke bildet eine starke Belastung seines Ausgabenetats.

Es ist natürlich, daß ihm in erster Linie Schicksalsschläge bei seinen Standesgenossen oder traurige Verhältnisse bei Studierenden der Medizin am meisten nahe gehen. — Da weiß er immer neue Mittel und neue Wege zu finden, einem Kollegen oder Studenten behilflich zu sein. Eine wahre Herzensfreude bereitet es ihm, wenn es ihm gelingt, einem Kollegen in seiner prekären Lage helfend unter die Arme zu greifen, oder einem Studenten zu den heiß ersehnten Rigorosentaxen zu verhelfen.

Sein hochentwickelter Gerechtigkeitssinn, sowie seine höchst korrekten Ansichten über Standesehre und Standespflichten begründen die Achtung, die ihm alle seine Kollegen entgegenbringen. So gelingt es seiner Fürsprache nicht selten, auch die Teilnahme und das Interesse anderer Kollegen für einen von traurigen Schicksalsschlägen betroffenen Standesgenossen zu erwecken oder ärztliche Korporationen zu regerer Beteiligung heranzuziehen.

Daß Professor Königstein zu jenen wenigen Kollegen zählt, die, obzwar mit akademischer Würde bekleidet und in guten Verhältnissen lebend, für das Los der im schweren Kampfe ums Dasein stehenden großen Schar praktischer Aerzte stets ein warmes Empfinden haben, verdient zu seiner Ehre und zu seinem Ruhme ganz besonders hervorgehoben zu werden.. Mit Mannesmut, offen und ehrlich, und mit wahrem Feuereifer der Begeisterung sehen wir ihn immer unter den Ersten, wenn es gilt, für die sozialärztlichen Interessen des Standes einzutreten und zu kämpfen.

Ueber die intensive Tätigkeit Professor Königsteins im Vereine der Aerzte im 1. Bezirke wird von anderer Seite berichtet werden.

Ich möchte hier nur zum Abschlusse dieser kurzen Skizze — mit der ich nur einen besonders hervorstechenden Charakterzug Königsteins beleuchten wollte — hervorheben, daß er es war, der es verstanden hat, eine große Anzahl von Aerzten für die sozialärztlichen Bestrebungen zu interessieren. Königstein war es, der richtig erkannt hat, daß durch eine intensive Pflege der Vereinstätigkeit in den ärztlichen Bezirksvereinen, durch Aufklärung und durch Erweckung des Standesbewußtseins in freundschaftlich kollegialem Verkehr viel Aerzte, die diesen höchst wichtigen Bestrebungen teils aus Indifferentismus, teils auch aus Unerfahrenheit fern standen, zu eifriger und nutzbringender Mitarbeit herangezogen werden können. — Dies ist sicherlich das ersprießlichste und nachahmungswerteste Leitmotiv seines Wirkens im Verein der Aerzte des 1. Bezirkes, das er mit bewunderungswerter Geduld und Beharrlichkeit verfolgt.

Mein lieber Freund Königstein, dem ich zu seinem vollendeten sechsten Dezennium auf das herzlichste beglückwünsche und dem ich im Interesse zahlreicher Unglücklicher, die sich nie vergebens an ihn wenden, und im Interesse des ärztlichen Standes, dem er als Mensch und Arzt zur Zierde gereicht, eine langjährige Fortsetzung seiner humanitären Tätigkeit in voller Körper- und Geistesfrische wünsche, möge mir verzeihen, daß ich eine mir besonders sympathische Eigenschaft seines Charakters aus dem Verborgenen hervorgeholt und sie als Glied in die Kette der Schilderungen seines verdienstvollen Wirkens eingereiht habe.

Die ärztliche Hilfszentrale.

Von **Dr. Ottfried O. Fellner.***)

Wiederholt geht durch die Zeitungen die Klage, daß man bei plötzlichen Krankheitsfällen keinen Arzt erreichen kann, und vor kurzem machte ein Nichtarzt den Vorschlag, eine ärztliche Hilfszentrale zu gründen, in welcher konstant eine Reihe von Aerzten Dienst machen sollte, um im geeigneten Momente dem Publikum zur Verfügung zu stehen. Leuchtet auch im Vorhinein jedem Arzte die Unmöglichkeit der Durchführung in dieser Form ein, so unterliegt es doch keinem Zweifel, daß der konstante Ruf des Publikums, der ja wohl begründet ist, dazu führen muß, daß entweder von privater Seite aus eine ähnliche Institution ins Leben gerufen wird, womit wir vielleicht eine Rettungsgesellschaft in erneuerter, aber verschlechterter Auflage, da sie ja für das besser zahlende Publikum bestimmt ist, bekommen, oder daß eine Gruppe von Aerzten sich zusammentut und in einer die übrige Aerzteschaft schädigenden Weise den Dienst, wenn auch nur für kurze Zeit — denn länger dürften die Mittel nicht reichen — organisiert. Wiederholt haben wir auch im Verein der Aerzte des 1. Bezirkes diese Angelegenheit besprochen, ohne daß wir bis jetzt zu einem günstigen Resultate gekommen wären.

Daß ein Bedürfnis von Seite des Publikums besteht, untersteht wohl keinem Zweifel. Denn stets, wenn ein Arzt gerufen wird, will man ihn sofort haben. Dabei handelt es sich sicherlich sehr häufig nicht um eine plötzliche Erkrankung. Man wird zu einem Kinde gerufen, man soll so rasch wie möglich kommen, und man hört, daß das Kind schon drei Tage Fieber gehabt hat. Zu einer blutenden Frau wird der Arzt gerufen, sie verblute sich, und man hört, daß sie schon einige Tage hindurch blutet. Vollends zu einer Geburt heißt es immer sofort kommen, wenn man sich auch nachher überzeugt, daß man noch einige Stunden zuwarten muß. Höchstens zu einer Zange eile man so rasch als möglich, da das Kind sonst von selbst zur Welt kommen kann. Die Zahl der Fälle von wirklichen plötzlichen Erkrankungen, von jenen abgesehen, in denen die Rettungsgesellschaft interveniert, ist eigentlich eine sehr geringe. Was der Arzt dann doch leisten kann, ist freilich sehr wenig und hätte sicherlich zumeist noch eine halbe Stunde Zeit. Bedenkt man aber die Besorgnis, in der sich das Publikum befindet, so kann man der Umgebung das Recht nicht abstreiten, falls sie es wünscht, sofortige ärztliche Hilfe zu verlangen und eventuell eine solche Institution auch gegen den Willen der Aerzte ins Leben zu rufen oder zu unterstützen. Für gewöhnlich spielt sich ja der Vorgang so ab, daß man einen Arzt ruft, denselben aber natürlich nicht antrifft, hierauf sofort zu einem anderen läuft, zu einem dritten und so weiter, und sich dann schließlich beklagt, daß man keinen Arzt bekommen konnte. Einigemale ereignete sich dergleichen bei mir. Wenn auch mein Dienstbote erklärte, man könnte mir nachtelephonieren, und ich wäre in zehn Minuten da, geht man doch nicht darauf ein, sondern läuft zu dem nächsten, um sich die gleiche Antwort zu holen, und nach einer halben Stunde ist kein Arzt da, obwohl ich in zehn Minuten zur Stelle gewesen wäre. Oder aber, man schickt nach allen Seiten um Aerzte, und so waren wir einmal bei einem Collaps ein Gynaekologe, ein Orthopäde und ein Zahnarzt zugegen, ohne daß wir recht helfen konnten. Die Versicherungsgesellschaft, die uns rief, mußte jedem 20 K. bezahlen, und sie wird es sich wohl ein zweitesmal überlegen, auf gut Glück nach allen Seiten um Aerzte zu schicken.

Andererseits besteht bei uns Aerzten auch das Bedürfnis nach einer ähnlichen Institution. Wie oft werden wir plötzlich gerufen, sind momentan nicht erreichbar, und es wäre uns sehr gedient, wenn ein passender Vertreter zu der Partei ginge. Ich erinnere hier an den Nachtdienst, der ja sehr im Argen liegt, an einen Sonn- und Feiertagsdienst und dergleichen. Ist es uns ja mitunter ganz unmöglich, für einen Sonntag, den wir nach schwerer Arbeit im Freien verbringen wollen, einen Vertreter zu finden.

Aber mit der ärztlichen Hilfszentrale wird es wohl nicht gehen. Bedenkt man, daß die Rettungsgesellschaft, um einen Permanenzdienst von 8 Aerzten zu erhalten, 30 Aerzte benötigt, und daß die Zahl der Fälle, zu denen ein Arzt sofort gerufen wird — und das Publikum würde jeden Ruf sehr bald als einen sofortigen bezeichnen — eine sehr große ist, so wäre meiner Schätzung nach ein Apparat von mindestens 300 Aerzten notwendig. Solche 300 Aerzte zu finden, die stundenlang an einem von ihrem Wohnsitz entfernten Orte Dienst machen, wäre wohl schwer — findet ja die Rettungsgesellschaft heute nur schwer Aerzte — die Entlohnung dieser Aerzte, die Entschädigung für den Ausfall in ihrer Praxis ist aber geradezu unmöglich. Hiezu kommt, daß sich das Publikum alsbald angewöhnen würde, da ja ihr Arzt ohnehin nicht zuhause ist, bei jeder Erkrankung — und jede Erkrankung beginnt ja plötzlich — die Aerzte dieser Institution zu rufen, die wahrscheinlich dann auch die weitere Behandlung leiten würden, woraus sich ergibt, daß wir damit neben den Kassenärzten, die wir glücklicherweise schon besitzen, noch eine zweite Kategorie Kassenärzte, aber für die gute Praxis schaffen würden, wodurch die freie ärztliche Praxis auf ein Minimum reduziert werden würde. Tritt ferner im Verlaufe einer Erkrankung irgend ein Zufall ein, der nach der Meinung der Umgebung — und dies würde fast immer der Fall sein, — den sofortigen Ruf eines Arztes notwendig machen würde, dann müßte der Arzt dieses Institutes unbedingt intervenieren, wenn er auch damit sich gegen seine Standespflichten vergeht, da er hinter dem Rücken des ordinierenden Arztes behandelt. Ob dem Publikum damit gedient wäre, ist sehr fraglich. Welcher Arzt kann sich bei einem plötzlichen Ruf, ohne Kenntnis des vorhergehenden Krankheitsverlaufes rasch genug orientieren? Dieses Institut wäre wohl sicherlich das Grab des ohnehin sterbenden Hausarztes.

In Paris besteht die Einrichtung, daß man zur Nachtzeit, bei dem dringenden Wunsche nach sofortiger Anwesenheit eines Arztes sich an einen Sicherheitswachmann wendet, welcher einem die nächstwohnenden Aerzte namhaft macht und eine Bollette übergibt, mit welcher man zu den namhaft gemachten Aerzten geht. Diese Bollette dient dem Arzte als Kassaanweisung gegenüber der Gemeinde. Sämtliche Aerzte sind verpflichtet, zur Nachtzeit zu gehen. Wer dies nicht will, muß sich loskaufen. Die Rettungsgesellschaft wollte eine ähnliche Einrichtung in Wien treffen. Aber es ist sehr fraglich, ob die Gemeinde hiefür genügend Mittel aufbrächte. Wird diese Einrichtung getroffen, so müßten die Aerzte wohl von der Gemeinde ein Honorar von mindestens 20 K für die Nachtvisite beanspruchen. Die wenigsten Parteien aber, insbesondere in den äußeren Bezirken, würden diesen Betrag auch wirklich leisten können. Andererseits, wenn das Publikum einmal zum Bewußtsein gekommen ist, daß es bei Inanspruchnahme des Sicherheitswachmannes für eine Nachtvisite mehr zahlt, als wenn es direkt einen Arzt ruft, wäre die ganze Institution wieder illusorisch geworden. Vor allem aber würde uns diese Einrichtung den Berufszwang, den wir ja mit Fug und Recht abschaffen wollen, in verstärktem Maße auferlegen. Auch diese Erörterung zeigt, wie notwendig es wäre, wenn wir Aerzte uns mit dieser Frage beschäftigen würden.

*) Anmerkung der Redaktion: Die Redaktion der »Ärztlichen Standeszeitung«, die diesen Ausführungen des verehrten Kollegen mit höchstem Interesse gefolgt ist, perhorresziert jede Gründung von Instituten über Initiative von Laien. Die durchwegs nicht neue Idee wird übrigens nach dem Vorschlage unseres Kollegen Fellner in den Vereinen noch gründlich besprochen werden.

Den Bedürfnissen der Aerzte würde vielleicht folgende Einrichtung am besten entsprechen. Die Aerzte schicken etwa am Freitag an eine Zentrale die Mitteilung, zu welchen Stunden und in welcher Nacht, insbesondere ob sie am Sonntag anwesend sind. Es müßte und könnte sich leicht so bewerkstelligen lassen, daß turnusweise zu allen Tages- und Nachtstunden Aerzte in ihrer Wohnung anwesend sind. Diese Liste erhalten sämtliche Aerzte am Samstag und können dieselbe neben ihr Telephon oder sonst irgendwo aufhängen. Ergeht nun an den Arzt der Ruf, daß er sofort irgend wohin kommen soll, dann telephoniert der dienstbare Geist an einen der in der Liste namhaft und vielleicht von dem betreffenden Arzt insbesondere bezeichneten Kollegen. In Ermanglung eines Telephons wird der rufenden Partei Name und Adresse des Vertreters aufgeschrieben. Dies kann auch zur Nachtzeit erfolgen und ebenso an Sonn- und Feiertagen. Der betreffende Arzt wird von der Partei bezahlt, erhält er das Honorar nicht, so hat die Zentrale die Einkassierung zu übernehmen. Fraglich ist es, was dann geschehen soll, wenn von der betreffenden Partei ein Honorar nicht zu erhalten ist. Es wäre einerseits angemessen, daß der ursprünglich gerufene Arzt einen Teil des Honorars zu entrichten hätte, nicht allein aus moralischen Gründen, sondern um vielleicht dem Mißbrauch entgegenzuarbeiten, daß ein Arzt, der zu einer Partei gerufen wird, welche erfahrungsgemäß nicht zahlt, irgend einen Vertreter zwingt, hinzugehen. Es ist ferner die Möglichkeit in Erwägung zu ziehen, daß bei einem Rufe gelegentlich einer plötzlichen Erkrankung die Kasse, bezw. die Gemeinde zu zahlen hat, schließlich wäre es nicht so ausgeschlossen, daß der Betrag für die nichtgezahlten Visiten, der bei einiger Vorsicht und insbesondere dann, wenn der ursprünglich gerufene Arzt einen Teil des Honorars zu zahlen hätte, nicht so groß wäre, daß er bei Repartition auf sämtliche Aerzte keine irgendwie nennenswerte Summe ausmachen würde. Das Verlangen, daß der ursprünglich gerufene Arzt einen Teil des Honorars zu zahlen hätte, ist nicht so ungebührlich, als es für den ersten Augenblick scheint. Unter anderen Umständen hätte er ja die Visite auch umsonst machen müssen. Die Kosten für eine solche Einrichtung könnten nur ganz geringe sein. Es ist wohl anzunehmen, daß der größte Teil der Wiener Aerzte sich an der Aktion beteiligen würde. Diejenigen, die weniger zu tun haben, gerne, um etwas zu verdienen. Die mehr zu tun haben, um nicht allzusehr in der Ausübung der übrigen Praxis gestört zu sein, sich hin und wieder die Nachtruhe zu erhalten, oder sich einen Sonntag frei machen zu können. Nicht zu vergessen ist hiebei, daß man auf solche Art auch leicht und rasch einen Narkotiseur oder einen Assistenten bekommen könnte, was häufig auf große Schwierigkeiten stößt. Aber auch für die Professoren und Spezialärzte sieht bei dieser Einrichtung ein Vorteil heraus.

Wie schwer ist es mitunter zur Sommerszeit, zu den Feiertagen, an Sonntagen, einen passenden Konsiliarius zu bekommen. Man telephoniert nach allen Seiten, es ist keiner in Wien. Und man muß oft mit einem vorlieb nehmen, der einem aus irgend einem Grunde nicht ganz zusagt. Aus der Liste ließe sich aber auch erfahren, welcher der Herren in Wien ist. Andererseits hätten diese Aerzte hier die Möglichkeit, sich von Nachtvisiten, Rufen nach sofortigem Erscheinen, denen sie ja sonst ausgesetzt sind, gegen eine kleine Entschädigung, ein- für allemal zu befreien.

Ich bin mir dessen wohl bewußt, daß keiner der hier gemachten Vorschäge, auch nicht der letzte, frei von allen Schattenseiten ist, aber die Erkenntnis, daß in dieser Sache unbedingt etwas geschehen müsse, damit nicht wieder eine neue, für die Aerzte schädliche Institution geschaffen werde — und diese Gefahr liegt sehr nahe — veranlaßte mich, diese Vorschläge zur Diskussion zu stellen, denn erst eine genaue, ausführliche Diskussion in den Vereinen kann einen solchen Vorschlag zeitigen, der wirklich den Bedürfnissen der Aerzte und den berechtigten Forderungen des Publikums entspricht. Ich meine, daß wir auch hier rasch handeln müssen, damit sich nicht eine Gruppe von Aerzten zusammentue und eine Institution schaffe, welche den Kranken, der übrigen Aerzteschaft und auch dem ärztlichen Ansehen zum Schaden gereicht. Caveant consules!

Chronik.

Die Sozialversicherung und die steirische Aerzteschaft.

Unter dem Vorsitze des Aerztekammerpräsidenten Sanitätsrat Dr. Schlömicher fand am 6. d. M. in Graz eine von der steiermärkischen Aerztekammer, im Einvernehmen mit dem Professorenkollegium der medizinischen Fakultät und den wirtschaftlichen Vereinigungen der Aerzte und dem Verbande deutscher Hilfsärzte einberufene allgemeine Aerzteversammlung statt behufs Stellungnahme zum Sozialversicherungsgesetz-Entwurf und zu der neuen Fassung des § 3 desselben. Der Rektor Professor Dr. Kratter begrüßte in den Räumen der Universität die Versammlung mit einer herzlichen Ansprache. Als Vertreter waren erschienen Prodekan der medizinischen Fakultät, Professor Dr. Dimmer, der Obmann der Gesamtorganisation der steirischen Aerzte, Dr. Lederer (Pischelsdorf), der Obmann der Organisation der Grazer Aerzte, Dr. Heschl, und der Obmann des Verbandes deutscher Hilfsärzte, Doktor Ninaus; von den steirischen Reichsratsabgeordneten die Herren Einspinner, Dr. Hofmann von Wellenhof und Malik. Ferner der Landtagsabgeordnete Arzt Dr. Negri. — Die Abgeordneten Wastian und Marckhl hatten ihr Fernbleiben brieflich entschuldigt und versicherten, allen gerechten Anforderungen der Aerzteschaft dienstbereite Anwälte sein zu wollen.

Der Referent, Aerztekammer-Vorstandsmitglied Doktor Gasser, warf einen Rückblick auf die Zwecke und Ziele des bisher bestehenden Krankenversicherungsgesetzes und das wohlwollende Verhalten der Aerzteschaft gegenüber dieser für die unbemittelten Kreise wichtigen Wohlfahrtseinrichtung und wendete sich dann gegen den Beschluß des Subkomitees des 52gliedrigen parlamentarischen Ausschusses für Sozialversicherung vom 21. und 22. Februar 1910. Diesem Beschlusse zufolge würde sich die obligatorische Krankenversicherung nicht nur auf die Arbeiter, sondern auf beinahe alle Berufsstände erstrecken. Das würde eine bedeutende Einschränkung der freien ärztlichen Berufsausübung bedeuten. Und daher müsse die Aerzteschaft gegen diesen Beschluß des Subkomitees energisch Stellung nehmen. Abgeordneter Einspinner führt in längerer Rede aus, daß er den Notschrei der Aerzteschaft verstehe und begreife. Es bestehe tatsächlich die Gefahr, daß der Aerztestand auf diese Weise der Proletarisierung entgegengeht und daß damit der Allgemeinheit großer Schaden bereitet werde. Der Abgeordnete erklärte, daß, falls der Antrag des Subkomitees im Plenum des Sozialversicherungsausschusses angenommen werden sollte, er einen Minoritätsantrag im Ausschusse einbringen werde.

Abgeordneter Malik*) spricht ausführlich und temperamentvoll über die Selbsthilfe des Aerztestandes, wozu er gerne seine Hand reichen wolle, und muntert zur vollständigen und rastlosen Organisierung des Aerztestandes auf. — Nachdem Dr. Lederer über die etwa seitens der Aerzte zu ergreifenden Maßregeln gesprochen hatte, wurde nachstehende Entschließung einstimmig angenommen:

---

*) Anmerkung: Wir müssen offen erklären, daß wir den Worten des Abgeordneten Malik kein Vertrauen schenken, da er die Aerzte in der Zahntechnikerfrage mehr geschädigt, als bisher den Aerzten mit seinen Phrasen genützt hat.

„Die am 6. April 1910 in der Aula der Universität zahlreich versammelte Aerzteschaft Steiermarks nimmt gegen die im Subkomitee des parlamentarischen Sozialversicherungsausschusses, bezüglich der Versicherungspflicht gefaßten Beschlüsse Stellung und erklärt, daß dieselben eine tiefgehende Erregung der Aerzteschaft ausgelöst haben. Würden diese Beschlüsse des Subkomitees Gesetzeskraft erlangen, so würde die freie ärztliche Praxis in so hohem Grade eingeschränkt werden, daß nicht nur die bisher in den Leistungen, nicht in der materiellen Stellung aufsteigende Entwicklung des Aerztestandes abgeschnitten würde, sondern alsbald auch das heutige Niveau dieses Standes in einer für das Volkswohl verhängnisvollen Weise sinken müßte. Wir bestreiten ganz entschieden, daß die durch die Erweiterung der Versicherungspflicht einzubeziehenden, besser situierten Handelsangestellten in demselben Maße der sozialen Fürsorge bedürftig sind, wie proletarische Arbeiter, und sind überzeugt, daß dem wahren Interesse dieser Kreise weit besser gedient wäre, wenn für sie eine Versicherung geschaffen würde, worin unter erhöhtem Krankengeldbezug die ärztliche Behandlung von den Versicherungsleistungen ausgenommen und der freien Vereinbarung überlassen würde. Die obligatorischen Krankenkassen sind Fürsorgeeinrichtungen, die den Zweck haben, den besitzlosen Massen im Krankheitsfalle Unterstützung und ärztliche Hilfe zu sichern. Nur im Hinblicke auf den humanitären Sinn dieser Einrichtungen haben die Aerzte so außerordentlich niedrige Honorare zugestanden, wie sie in den Krankenkassentarifen enthalten sind, und sie lehnen es entschieden ab, diese Benefizien auch jenen Bevölkerungsschichten zu gewähren, deren materielle Stellung sie wohl befähigt, den Arzt selbst zu honorieren. — Es geht nicht an, den für die Durchführung des Volksversicherungsgesetzes unentbehrlichen Aerztestand noch mehr zu belasten und ihm gleichzeitig den Boden, auf dem er am ersprießlichsten wirken kann, abzugraben. Die Aerzteschaft Steiermarks ist von der großen sozialreformatorischen Bedeutung des Volksversicherungsgesetzes überzeugt, sie wird jedoch ihre Mitwirkung bei der Durchführung dieses großen Werkes verweigern, wenn dadurch ihre vitalsten Interessen verletzt werden und ein für das Volkswohl so notwendiger akademischer Stand wie der ärztliche der Proletarisierung überantwortet werden soll.

Aus der österreichischen Welt des Kurpfuscherschwindels. Wie berichtet, wurde dieser Tage die in Hernals vielgesuchte Gesundbeterin Josefine Richter wegen Kurpfuscherei zu 14 Tagen Arrests verurteilt. Am 1. April stand die Genannte neuerlich vor dem Hernalser Bezirksrichter Dr. Sieber, diesmal wegen gröblicher Sittlichkeitsverletzung. Die Administratorin des von ihr bewohnten Hauses, Frau Valentine Urban, hatte nämlich gegen sie die Anzeige erstattet, sie pflege bei den offenen Fenstern, die in den Gang münden, sogenannte „Barfußtänze“ aufzuführen, bei denen aber der ganze Körper nackt sei. Die Angeklagte bezeichnete sich als Freundin der Musik und des Tanzes, im Hofe habe gerade ein Werkelmann gespielt, und da habe sie, bloßfüßig, wie sie eben war, getanzt; im übrigen habe sie sich in Negligé befunden, allein nicht entblößt. — Staatsanwaltschaftlicher Funktionär Doktor Schierl: „Laut polizeilicher Auskunft haben Sie auch schon einmal auf der Straße einen solchen „Barfußtanz“ aufgeführt und wurden polizeilich bestraft, einmal aber auch schon in ganz gleicher Weise in Ihrem Zimmer. Sie wurden damals zu 14 Tagen strengen Arrests verurteilt.“ — Angekl.: „Das war etwas anderes, damals hab' ich einen Rausch gehabt.“ — Die Hausnachbarinnen deponierten, die Angeklagte habe im adamitischen Kostüme getanzt, es habe dies Aergernis erregt, weil sie von den im Hause wohnenden Kindern gesehen wurde. Das Merkwürdige an der Geschichte ist, daß diese Pfuscherin zahlreiche „Patienten“ fand, welche ihr auf den Leim gingen. Im übrigen scheint sie trotz ihrer mangelhaften Kleidung nicht einmal auf die Impotenz einen günstigen Einfluß ausgeübt zu haben, wahrscheinlich wegen vorgerückter Saison. — — Der Richter fand die Angeklagte schuldig und verurteilte sie zu einem Monat strengen Arrests.

Protest gegen eine importierte Professur zu nicht wissenschaftlichen Zwecken. Der Zentralverband der österreichischen Kur- und Heilanstaltsbesitzer hat sich in seinen letzten Vorstandsitzungen mit einer Angelegenheit beschäftigt, die weit hinaus über den Kreis seiner speziellen Interessensphäre eine eminente Bedeutung für die gesamte österreichische Aerztewelt besitzt. Es handelt sich um die Zulassung eines reichsdeutschen Arztes zur Ausübung der Praxis in Oesterreich mit Erlassung sämtlicher Prüfungen und Rigorosen, also um eine sog. unbedingte Nostrifizierung, die über die Köpfe der österreichischen Aerzteschaft hinweg angestrebt wird. Die ungeheure prinzipielle Bedeutung dieses speziellen, durch die besonderen Umstände noch viel mehr schwerwiegenden Falles liegt darin, daß damit die bisherige rigorose Praxis bei Nostrifizierungsgesuchen, die auf einem durchwegs äquivalenten Reziprozitätsverhältnis in Deutschland beruht, zum erstenmale durchbrochen werden soll und damit ein in Zukunft für Oesterreich vielleicht bedeutsames Präjudiz geschaffen wird. Durch eine geradezu amerikanische Reklame, die sich an den Namen des Professors von Düring knüpft, wurde die Aufmerksamkeit des Zentralverbandes auf die Tatsache gelenkt, daß in diesen Ankündigungen, deren Stil die Verknüpfung mit dem Namen eines außerordentlichen Professors ohnehin ziemlich auffallend machte, die Praxiseröffnung Prof. v. Dürings für den 1. Mai angekündigt wird. Durch eingezogene Erkundigungen wurde dem Verbande bekannt, daß von einer derzeitig bereits erfolgten Bewilligung des Gesuches keine Rede sei, daß das Gesuch vielmehr noch einen langen Instanzenweg durchlaufen müsse, so daß die in den Ankündigungen vorweg genommene Praxiseröffnung eigentlich einer unerlaubten Beeinflussung der Behörden sehr ähnlich ist. Gleichzeitig erfuhr der Verband aber, daß die Gefahr, dem Gesuche stattzugeben, aus dem Grunde naheliegt, weil eine medizinische Fakultät das Gesuch befürwortet habe und bisher keinerlei Einwendungen von irgend einer Seite vorgelegen seien. — Es ist kein Zweifel, daß es in dieser Angelegenheit für die österreichischen Aerzte nur einen Standpunkt geben kann. Bisher wurde die unbedingte Nostrifizierung in Oesterreich nur in den durchwegs begründeten Fällen bewilligt, in welchen es sich um eine klinische Berufung

oder um eine nachweisbar wissenschaftliche Tätigkeit handelte. Deutschland geht in dieser Beziehung noch bedeutend rigoroser vor. In dem Falle Prof. v. Dürings handelt es sich trotz des Professorentitels sicher nicht um eine wissenschaftliche Betätigung, da der Ort seiner beabsichtigten Tätigkeit, die bisherige Art der dortigen Geschäftsleitung, nicht zumindest die an seinen Namen und Titel geknüpfte aufdringliche Reklame den Gedanken sehr nahe legen, daß es sich wiederum nur um eine, mit geradezu amerikanischen Mitteln betriebene Geschäftsangelegenheit handelt, bei welcher der Professorentitel nur eine Attraktion mehr zur Heranlockung des Publikums bilden soll. Dabei sei erwähnt, daß Prof. v. Düring gar kein Internist, sondern eigentlich Dermatologe ist, so daß eine wissenschaftliche Tätigkeit in einem Badeort mit internen Kranken doch etwas schwer plausibel zu machen ist. Der Zentralverband hat daher sofort die nötigen Schritte eingeleitet und sich mit den maßgebenden wissenschaftlichen und Standeskorporationen ins Einvernehmen gesetzt, um diese ungesetzliche Aktion unmöglich zu machen. Die Angelegenheit hat aber eine derartige prinzipielle Bedeutung, daß der Vorstand gleichzeitig beschlossen hat, die Aktion aus dem Schoße der Verbandsverhandlungen hinaus vor das Forum der Aerztewelt zu bringen, damit das breite Licht der Oeffentlichkeit in all die Heimlichkeiten der Angelegenheit dringen kann. Es ist vorläufig nicht nötig, in die verschiedenen interessanten Einzelheiten des Falles näher einzugehen, vielmehr ist von den berufenen Behörden und Körperschaften, vor allem vom Unterrichtsministerium und vom Ministerium des Innern zu erhoffen und zu erwarten, daß sie sich zu Hütern und Wahrern der ihnen anvertrauten österreichischen Interessen aufwerfen werden.

Drei Entscheidungen des ärztlichen Ehrengerichtshofes in Preußen. a) Alleinige Weiterbehandlung eines Kranken durch den Konsiliarius. Urteil vom 7. Juni 1909. Ein Arzt war ehrengerichtlich verurteilt worden, weil er die alleinige Weiterbehandlung eines erkrankten Kindes übernommen hatte, bei dessen Behandlung er zuvor als Konsiliarius mitgewirkt hatte. In der Berufungsschrift führt er aus, daß er nicht vom behandelnden Arzt, sondern von der Mutter des Kindes zugezogen worden sei; die alleinige Behandlung habe er erst übernommen, nachdem die Eltern dem erstbehandelnden Arzt gegenüber auf die Weiterbehandlung verzichtet hätten und er sich vergewissert habe, daß die Abbestellung erfolgt sei. — Die Berufung wird verworfen. Vom Standpunkte der ehrengerichtlichen Beurteilung aus bestehen keine Bedenken, die Behandlung eines bisher in der Behandlung eines anderen Arztes befindlichen Patienten zu übernehmen, jedoch ist der die Behandlung übernehmende Arzt verpflichtet, den erstbehandelnden Arzt von der Uebernahme der Behandlung sofort zu benachrichtigen. Aber es ist ein allgemein anerkannter ärztlicher Brauch und ärztliche Sitte, daß ein als Konsiliarius zugezogener Arzt unter keinen Umständen ohne Einverständnis des erstbehandelnden Arztes die Weiterbehandlung eines Kranken übernehmen darf, bei dem er als Konsiliarius tätig gewesen ist. Dies gebietet das besondere Vertrauensverhältnis, in das der Konsiliarius zu dem behandelnden Arzte tritt. Der Angeschuldigte wurde ehrengerichtlich bestraft, weil er ohne die Zustimmung des behandelnden Arztes die Behandlung übernommen hat, nicht weil er diesen nicht benachrichtigt hat. — **b) Verletzung der durch die Kollegialität gebotenen Rücksichten.** Urteil vom 7. Juli 1909. Ein Arzt war wegen Verletzung der durch die Kollegialität geforderten Rücksichten gegenüber dem Dr. X. ehrengerichtlich bestraft worden, weil er einem früher in Behandlung des Dr. X. befindlichen Patienten gegenüber sich in sehr abfälliger Weise („reinste Bauernfängerei") über dessen Behandlung geäußert hatte. In der Berufungsschrift führt der Angeschuldigte aus, der betreffende Kranke sei durch die unlauteren Machenschaften jenes Arztes finanziell und gesundheitlich geschädigt worden und er habe daher die Pflicht gehabt, ihn in verständlicher Form über seine Lage zu unterrichten. Die Ausdrucksweise habe gar nicht schroff genug sein können. Gegen Aerzte, welche einen derartigen unlauteren Wettbewerb treiben, beständen keine kollegialen Verpflichtungen und für die richtige Kennzeichnung eines solchen Arztes könne er nicht ehrengerichtlich bestraft werden. — Die Berufung ist unbegründet. Der Arzt ist jedem Standesgenossen gegenüber, solange dieser approbierter Arzt ist, zur Erfüllung der im allgemeinen Standesinteresse gegründeten Pflicht der Kollegialität verbunden. Zu den Pflichten der Kollegialität gehört auch, daß ein Arzt, der die Behandlung eines früher von einem anderen Arzt behandelten Patienten übernimmt, sich dem Patienten gegenüber nicht über die Behandlungsweise des erstbehandelnden Arztes in abfälliger Weise äußern soll. Das Ehrengericht hat die geübte Kritik in sehr weitem Umfang als berechtigt anerkannt, jedoch die über die Grenzen einer vielleicht berechtigten und sachlichen Kritik weit hinausgehende Aeußerung des Angeschuldigten verurteilt. Unter keinen Umständen durfte der Angeschuldigte sich zu persönlichen Beleidigungen gegen Kollegen einem Patienten gegenüber hinreißen lassen und auf diese Weise den eigenen Stand einem Laien gegenüber herabsetzen und entwürdigen. — **c) Abhaltung einer ärztlichen Sprechstunde an einem zweiten Orte.** Urteil vom 1. Dezember 1909. Der Angeschuldigte war vom Ehrengericht verurteilt worden, weil er regelmäßig ärztliche Sprechstunden in Berlin abhielt, während er in G. als praktischer Arzt ansässig war. — Die Berufungsschrift führt aus, daß der Angeschuldigte in Berlin ausnahmslos nur solche Patienten behandle, welche die Zusammenkunft in Berlin vorher mit ihm vereinbart hätten. Personen, welche ihn ohne solche vorherige schriftliche Vereinbarung in Berlin aufsuchten, würden ausnahmslos zurückgewiesen. Eine „Sprechstunde" sei im Hotel nicht bekannt gegeben. — Von Abhaltung ärztlicher Sprechstunden durch den Angeschuldigten kann dann nicht die Rede sein, wenn er nur einem geschlossenen Kreise bestellter Personen ärztlichen Rat erteile. Beweise für das Gegenteil sind nicht beigebracht. Das „Angebot ärztlicher Hilfe an eine unbestimmte Zahl von Patienten ohne vorherige Bestellung" ist nicht erweislich. Dies ist aber für den Begriff der ärztlichen Sprechstunde wesentlich. Der Berufung war daher stattzugeben und die Freisprechung des Angeschuldigten auszusprechen.

Neue Errungenschaften der Zahnheilkunde. Der Verein deutscher Zahnärzte in Rheinland und Westfalen hat am Sonntag, 6. März, in der Krankenanstalt Lindenburg sein dreißigstes Stiftungsfest mit einer wissenschaftlichen Sitzung begangen, die einer Anzahl von Rednern Gelegenheit bot, den Fachgenossen die neuesten Errungenschaften der Zahnheilkunde in kurzen Vorträgen darzulegen. Einleitend sprach Prof. Dr. Walkhoff-München über den fossilen menschlichen Unterkiefer von Heidelberg, der als solcher mit Sicherheit schon allein durch den Zahnbefund erkannt werden kann und eine Anzahl bemerkenswerter Unterschiede gegen die heutige Form zeigt, ganz besonders eine ungewöhnliche Größe, einen sehr breiten aufsteigenden Ast und ein stark zurücktretendes Kinn. Dr. Feinen-Köln zeigte einen Kranken, dem durch eine Verletzung das rechte Kiefergelenk zerstört worden war. Die Folge war eine vollständige Kieferklemme, die dem Kranken die größten Beschwerden verursachte und schon außerhalb Kölns zu einer eingreifenden, aber erfolglosen Operation Anlaß gegeben hatte. Da man in den letzten Jahren mehrfach mit gutem Ergebnis an Tieren und Menschen Gelenkflächen überpflanzt hat, so verfiel unser verdienter Kölner Chirurg Prof. Dr. Bardenheuer auf den Gedanken, einen Teil eines Mittelhandknochens mit der Gelenkfläche in den Kieferwinkel zu verpflanzen. Dies ist überraschend gut gelungen und damit die Funktion

des Unterkiefers, die sonst mit Sicherheit verloren gewesen wäre, wiederhergestellt worden. Daß die Entdeckung Röntgens auch die Zahnheilkunde in reichem Maße befruchtet hat und besonders in diagnostischer Hinsicht außerordentlich wichtig ist, bewies Prof. Dr. Dieck-Berlin in längeren Ausführungen. Die auf diesem Sondergebiet sich ergebende Schwierigkeit, die Röntgenstrahlen genau auf einen ganz umschriebenen Bezirk zu konzentrieren, ist durch besondere Verbesserungen der Röntgenröhren und durch sorgfältige Regulierung der Strahlenrichtung beseitigt. So ist es dem erfahrenen Röntgenphotographen jetzt möglich, sehr scharfe Bilder von den Kiefern und ihrem normalen oder krankhaften veränderten Inhalt zu gewinnen; z. B. lassen sich Eiterungen an den Zahnwurzeln, veränderte Stellung der Zähne, Kiefer- und Zahnbrüche, Knochenerkrankungen usw. mit größter Deutlichkeit auf der Röntgenplatte erkennen und hierdurch für das Eingreifen des Zahnarztes und des Chirurgen sehr wertvolle Anhaltspunkte gewinnen. Da es in seltenen Fällen vorkommt, daß die Röntgenbestrahlung, die zum Photographieren der Kiefer erforderlich ist, zu unbeabsichtigten Schädigungen, besonders zu Haarausfall führt, so ist man darauf bedacht gewesen, durch die Herstellung möglichst genau arbeitender Apparate die ohnehin schon kurze Bestrahlungsdauer noch weiter herabzusetzen, und man hat es in der Tat erreicht, daß brauchbare Bilder schon in $^1/_{20}$—$^1/_{10}$ Sekunde gewonnen werden können. Daß bei einer so kurzen Bestrahlungsdauer jede unerwünschte Nebenwirkung der Strahlen auch bei den empfindlichsten Menschen ausgeschlossen ist, versteht sich von selbst.

Haftung des Arztes. Diejenigen, die so oft darüber klagen, daß die Aerzte in der Begutachtung des Geisteszustandes eines Menschen nicht immer mit der erforderlichen Vorsicht vorgehen, wird eine vor kurzem ergangene Entscheidung des deutschen Reichsgerichts, die in der „Deutschen Juristen-Zeitung“ veröffentlicht wird, interessieren. Ein Kläger hatte seinen Hausarzt wegen des Schadens in Anspruch genommen, der ihm durch den Versuch seiner Frau und deren Verwandten, ihn als geisteskrank entmündigen zu lassen, entstanden war; er hatte behauptet, daß der Arzt auf eine Anfrage seiner Frau erklärt habe, er sei geisteskrank und müsse entmündigt werden, was die Grundlage für die Versuche auf Entmündigung gegeben habe; diese Aeußerung des Arztes sei aber ein wissentlicher oder doch grob fahrlässiger Verstoß gegen die Wahrheit gewesen. Landgericht und Oberlandesgericht wiesen die Schadenersatzklage ab, da der Arzt die Aeußerung höchstens grob fahrlässig abgegeben habe, darin aber kein Verstoß gegen die guten Sitten liege. Das Reichsgericht hat dies für unrichtig erklärt und das Urteil des Oberlandesgerichts aufgehoben. Dabei hat es u. a. ausgeführt: Was die guten Sitten erheischen, sei aus dem herrschenden Volksbewußtsein, dem Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden unter Berücksichtigung der Eigenart des Einzelfalles zu entnehmen. Daher könne ein solcher Verstoß nicht schon deshalb verneint werden, weil die Handlung selbst keine arglistige, der Handelnde der Sittenwidrigkeit seiner Handlungsweise sich nicht bewußt sei. Auch die Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt könne in besonders gearteten Fällen einen Verstoß gegen die guten Sitten enthalten, und auch hierbei könne sich der Handelnde ebensogut der Möglichkeit des Eintritts einer Vermögensbeschädigung bewußt sein, wie im Falle arglistigen Handelns; damit wäre die Anwendbarkeit des § 826 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gegeben. Die hier vorliegenden Umstände müßten die behauptete Aeußerung als einen Verstoß gegen die guten Sitten erscheinen lassen. Ein Arzt, der über den Geisteszustand eines anderen befragt werde, müsse sich der schweren Verantwortung bewußt sein, die er übernehme, wenn er ihn für geisteskrank und seine Entmündigung für erforderlich erkläre. Gebe er sein Gutachten ohne genügende Unterlagen ab, so liege in diesem fahrlässigen Verhalten zugleich ein Verstoß gegen die guten Sitten. Das Reichsgericht geht dann auf die Tatumstände des Falles ein und betont nochmals, daß der Arzt sein Urteil mit peinlichster Gewissenhaftigkeit abgeben müsse.

Versammlung sächsischer Schulärzte in Leipzig. In Leipzig tagte eine Versammlung sächsischer Schulärzte, um zu dem kommenden neuen sächsischen Schulgesetze, das eingehende Bestimmungen über die gesundheitliche Beschaffenheit der Schulen enthält, Stellung zu nehmen. Die Verhandlungen wurden von Dr. Thiersch-Leipzig geleitet. Es wurden einstimmig folgende Beschlüsse gefaßt: Durch gesetzliche Bestimmungen ist nachfolgenden fünf Forderungen zu entsprechen: 1. In allen Schulen des Landes, die unter das Volksschulgesetz fallen, sind Schulärzte anzustellen. 2. Die schulärztliche Tätigkeit hat sich zu erstrecken auf I. Hygiene des Schulgebäudes; II. Hygiene des Schulkindes: a) Untersuchung der neueintretenden Kinder, b) wiederholte allgemeine Untersuchungen während der Schulzeit, c) Aufsicht über die sogenannten Ueberwachungsschüler. III. Hygiene des Unterrichts. 3. Wie bereits für die staatlichen Gymnasien und Realgymnasien geschehen, sind für alle höheren Schulen (Gymnasien, Realgymnasien, Realschulen, höhere Mädchenschulen und Seminarien), sowie die privaten Mädchen- und Knabenschulen Schulärzte anzustellen. 4. Die Gesundheitspflege ist als ein wesentlicher Unterrichtsgegenstand in den Lehrplan des Seminars aufzunehmen. Der Unterricht ist durch Aerzte zu erteilen. 5. Dem Schularzt ist Sitz und Stimme in den Schulausschüssen zu gewähren. — Letztere Forderung wurde besonders lebhaft begrüßt. Die Aerzte in kleinen und mittleren Städten klagen sehr darüber, daß so viele der von ihnen vorgeschlagenen Maßregeln unbeachtet bleiben, weil sie keine Gelegenheit haben, ihre Anträge persönlich zu vertreten. Durch die Teilnahme an den Sitzungen der Schulausschüsse hofft man in mehrfacher Weise die Förderung der schulärztlichen Angelegenheiten. — Die Herren Dr. med. Flachs-Dresden, Thiele-Chemnitz und Thiersch-Leipzig wurden beauftragt, obige Beschlüsse in geeigneter Weise zur Kenntnis der Behörden zu bringen. Ferner wurde beschlossen, noch einmal in diesem Jahre zur Weiterberatung der zurückgestellten Punkte zusammenzukommen. Die genannten Aerzte wurden beauftragt, die nötigen Vorbereitungen zu treffen. Die Versammlung ist für Ende September in Dresden in Aussicht genommen. Allseitig wurde der Nutzen der Bevölkerung für alle Teile der Bevölkerung und besonders auch für das platte Land hervorgehoben. Die Frage nach der Höhe der Besoldung, sowie nach der Anstellung durch Staat oder Gemeinde wurde offen gelassen. Von einer Seite wurde Anstellung durch die Gemeinden mit staatlichen Zuschüssen empfohlen. Schließlich wurde noch bemerkt, daß sich in keinem anderen Einzelstaate das Schularztwesen so schnell und vielseitig entwickelt habe, wie in Sachsen. Das offizielle Aerzteverzeichnis des Jahres 1909 weist etwa 130 Aerzte auf, die Schulärzte sind oder schulärztliche Funktionen versehen. Gegenwärtig mögen es 150 sein, ungefähr der 10. Teil aller deutschen Schulärzte.

Aerzte- und Apothekenstatistik. Die Anlagen zu dem jetzt im deutschen Reichstag zur Verteilung gelangten Entwurf einer Reichsversicherungsordnung enthalten eine Fülle interessanten Materials, das namentlich für Statistiker von hohem Werte sein dürfte. So ergibt sich z. B. aus der beigegebenen Aerztestatistik, daß die relative Zunahme der Aerzte gegenüber der Zunahme der Bevölkerung in einzelnen Gegenden ganz enorm ist. So haben sich z. B. in der Provinz Brandenburg von 1883 bis 1908 die Bevölkerung um 55 Prozent, die Aerzte um 300 Prozent vermehrt. In der Provinz Posen 17 Prozent Bevölkerungszunahme, 106 Prozent Zunahme der Aerzte. In Berlin betrug die Bevölkerungszunahme in dieser Zeitperiode

69 Prozent, die der Aerzte 155 Prozent. Natürlich ist Berlin am stärksten von Aerzten bewohnt, und zwar kommen in Berlin auf je 776 Einwohner ein Arzt, in der Provinz Posen dagegen erst auf je 3246 und in der Provinz Westpreußen auf 3102 Einwohner ein Arzt. Am schwächsten ist Reuß ältere Linie mit Aerzten versorgt; dort kommt auf je 3725 Einwohner ein Arzt. Viel geringer ist die prozentuale Zunahme der Apotheken. So hat sich z. B. in der Provinz Brandenburg, wo die Bevölkerungszunahme von 1883 bis 1906, wie erwähnt, 55 Prozent betrug, die Zahl der Apotheken nur um 48 Prozent vermehrt. In Posen stehen einer Bevölkerungsvermehrung von 17 Prozent eine Zunahme an Apotheken von 39 Prozent und in Berlin einer Bevölkerungszunahme von 69 Prozent eine Zunahme der Apotheken um 128 Prozent gegenüber. In Berlin kamen 1906 auf eine Apotheke 12.051 Einwohner. Aehnlich lauten auch die Ziffern für West- und Ostpreußen.

II. Internationaler Kongreß für Gewerbekrankheiten. Der II. internationale Kongreß, der vom 10. bis 14. September 1910 in Brüssel tagen wird, soll sich mit folgenden Fragen beschäftigen: 1. Berufskrankheit und Unfall; ihre Analogien in Bezug auf Haftpflicht und Versicherung. 2. Die ärztliche Ueberwachung der Bergwerke, Fabriken und Werkstätten sowie der in ihnen beschäftigten Arbeiter, die Krankenfürsorge in ihrer gegenwärtigen Gestalt: Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit nach Berufen. 3. Gegenwärtiger Stand der Ankylostomiasis und ihrer Bekämpfung. 4. Das Auge, sein Verhalten gegenüber gewerblichen Einflüssen und gewerblichen Erkrankungen. 5. Die Arbeit in komprimierter Luft. 6. Gewerbliche Vergiftungen, Frühdiagnose, Spätfolgen, Neurosen. Alle näheren Auskünfte erteilen: Dr. H. v. Schrötter, Wien, IX., Mariannengasse 3, und Privatdozent Dr. Teleky, Wien, IX., Türkenstraße 23.

Gegen das amerikanische Doktorat. Gegen den in Amerika approbierten Arzt Harold Morré zu Halensee führt die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums einen jahrelangen Kampf wegen unlauteren Wettbewerbes. Nach der Strafanzeige wurde dieses Vorgehen darin gefunden, daß M. sich auf einem Schilde an seiner Haustür als „in Amerika approbierter Arzt“ bezeichnete, während die Gesellschaft behauptete, daß er in Wirklichkeit niemals studiert, sondern seine Papiere von einem Schwindelinstitut gekauft habe. Vor kurzem wurde wieder ein solcher Prozeß vor der Strafkammer des Landgerichts III verhandelt und Herr Morré von der Anklage des unlauteren Wettbewerbes freigesprochen. Herr Morré weist nun darauf hin, daß in diesem rechtskräftig gewordenen Urteil in der Urteilsbegründung folgendes festgestellt worden ist: 1. „Das Gericht hat auf Grund der Beweisaufnahme für dargetan erachtet, daß der Angeklagte im April 1899 die Würde eines amerikanischen „Doctor of Medicine“ nach ordnungsgemäßem Studium und Examen von einer zur Verleihung dieser Würde damals gesetzlich befugten Stelle hat.“ 2. „Der Angeklagte hat sich ferner als „in Amerika approbierter Arzt“ bezeichnet. Diesbezüglich hat die Beweisaufnahme ebenfalls zugunsten des Angeklagten ergeben, daß er in zwei Staaten von Amerika, nämlich Texas und Arkansas, die Approbation als Arzt erlangt und daß er in Texas einige Zeit als approbierter Arzt die Praxis ausgeübt hat.“ 3. „Der Angeklagte nahm etwa im Jahre 1885 in Amerika in gesetzlicher Weise den Namen Harold Morré an, den er seitdem in Amerika ausschließlich geführt hat und den er auch jetzt in Deutschland privatim weiter führt.“ Herr Morré ist durch dieses Urteil von der Anklage wegen unlauteren Wettbewerbes freigesprochen, aber wegen Uebertretung der Gewerbeordnung zu 50 Mark Geldstrafe verurteilt worden, weil er auf dem erwähnten Schilde die Bezeichnung M. D. führte, was „Medical Doctor“ bedeutet. Diese akademische Würde steht ihm nach dem Urteil wohl zu, er darf aber diesen Titel nicht führen, da nach der Ministerialverfügung vom 14. April 1897 die Führung ausländischer Titel oder akademischer Würden preußischen Untertanen nur mit Erlaubnis des Kultusministers gestattet werden kann und M. eine diesbezügliche Eingabe nie gemacht hat.

Briefkasten der Redaktion.

Dr. L. in Wien. Wie wir es Ihnen und allen Kollegen oft genug sagten, ist im Sozialversicherungsausschuss überhaupt kein bedingungsloser Freund der Aerzte. Interessant ist es nur, daß der Obmann (Dr. Bužek) das Abstimmungsverhältnis über diesen Punkt nicht publiziert, nur das nebensächliche Abstimmungsverhältnis bezüglich eines Abänderungsvorschlages. Wohin wir sehen, sind unsere Gegner, und doch kaprizieren sich einige unserer Wortführer noch immer darauf, bloß von der einen Partei geschädigt worden zu sein. Im übrigen wären wir sehr dafür, wenn der Reichsverband vor der endgiltigen Kriegserklärung nochmals diverse Dinge einer ernsten Besprechung unterzöge.

„Kosmos“. Die Gesellschaft ist bereits vollständig gezeichnet, Dr. Thenen lässt jedoch noch zirka 3—4 Wochen überzeichnen. Jedenfalls ist die Konstituierung gesichert, die Propheten des Unheils dürfen sich auch bei uns verbrennen lassen. Vielleicht entsteht aus der Asche eines jeden ein neuer »Phoenix«.

Dr. R. in Wien I. Wir bitten, uns das Manuskript bloß einseitig beschrieben, und zwar so beschrieben zu senden, daß wir von 10 Buchstaben wenigstens 2 Buchstaben entziffern können. Im übrigen ist die Sache, die Sie vorbringen, schon so obsolet, dass wir bei bestem Willen den Artikel nicht zum Drucke befördern konnten.

Dr. D. in Wien II. Wir haben die Broschüre der »Lupusheilstätte« nicht bloß von ihr selbst, sondern auch von Ihnen und anderen Kollegen erhalten. Wir enthalten uns vorderhand des Urteils aus dem Grunde, weil wir uns genauest informieren, ob diese Broschüre nicht manche, rein subjektive Bemerkungen allzusehr aufgebauscht hat, und ob nicht auch der »Held der Broschüre« manches objektiv Richtige zu erwidern hat. Nur so viel können wir unverbindlich bemerken, daß die Wichtigkeit dieser Sache zu sehr übertrieben wird und daß kleine Feindseligkeiten kleiner gegnerischer Gruppen nicht den Anlaß bieten dürfen, große Parteiungen pro und contra zu bilden.

Zahnarzt Dr. Pajo Malic in Spalato. Auch die erweiterte Konzession der Zahntechniker, die ja genau umschrieben sein muß, gestattet die kurpfuscherische Tätigkeit in der von Ihnen geschilderten Weise keineswegs. Es ist daher der einzig richtige Weg, daß Sie alle die Ihnen bekanntwerdenden Uebergriffe, die festgestellt sein müssen, der Bezirkshauptmannschaft vorlegen, dort die erweiterte Konzession zur Einsicht verlangen. Findet diese — woran nach Ihrem Bericht kein Zweifel ist — daß die »Erweiterung« überschritten ist, so macht sie an die Gewerbebehörde und an das Bezirksgericht die Anzeige. Näheres bis unser Redakteur Dr. H. G. wieder gesund ist. Besten Gruß. Dr. L.

Bücherbesprechung.

Die Augendiagnose und ihre Gläubigen. Der Hamburger Augenarzt Dr. S. Seligmann, einer der Sachverständigen im Prozeß gegen den »Lehmpastor« Felke, stellt in einem äußerst interessant und instruktiv geschriebenen Buche*) die Tatsache fest, daß trotz der diametral gegenüberstehenden Ansichten der Aerzte und der Kurpfuscher in bezug auf die Augendiagnose in einem einzigen Punkte völlige Uebereinstimmung besteht: in den Resultaten der Diagnose. Hier sei bei beiden Parteien ein absolutes Fiasko konstatiert worden.

»Aber trotz aller wissenschaftlichen Beweise gibt es immer noch wieder Menschen«, schreibt Dr. Seligmann, »die da glauben, es müsse doch etwas Wahres an der Sache sein, denn der angebliche Kurpfuscher hat doch so viele Erfolge aufzuweisen. Außerdem treten eine Menge Zeugen auf, Laien und Aerzte, sogar solche mit Namen und Titeln, um zugunsten der Augendiagnose auszusagen.

Hierauf ist zu erwidern: Gewiß, jeder Augendiagnostiker hat wie jeder andere Kurpfuscher auch seine Erfolge. Der eine schreibt sie seiner vortrefflichen Diagnose zu, der andere, der gar nichts auf Diagnose gibt, setzt sie auf Konto seiner unfehlbaren Behandlung. Und dies ist absolut nicht wunderbar, denn der Homo sapiens — sit venia verbo — besitzt eine ungeheuere Widerstandskraft und kann selbst von einer schweren Krankheit, trotz der unglaublichsten Behandlung, genesen. In den meisten Fällen handelt es sich aber gar nicht um solche schwere Erkrankungen, sondern nur um Leiden leichter Art, die ohneweiters von selbst ausheilen. Was die »Natur« zuwege bringt, das schreiben die Kurpfuscher, die sich ja mit Vorliebe »Naturheilkundige« nennen, ihrer Wunderkunst zu.

Eine Behauptung kann noch so absurd sein, es findet sich immer eine Anzahl von Leuten, die wirklich vom besten Glauben beseelt, bereit sind, vor Gericht als Entlastungszeugen für den angeklagten Kurpfuscher einzutreten. Es handelt sich in solchen Fällen immer um Laien, die von dem Angeklagten behandelt und gesund geworden sind. Daraus ziehen sie ohneweiteres den Schluß, daß die Diagnose des Augenkünstlers richtig und daß die eingeschlagene Therapie erfolgreich gewesen sei. Daß diese beiden Trugschlüsse und infolgedessen alle derartigen Aussagen wertlos sind, dürfte wohl jedem denkenden Menschen ohne weiteres einleuchten.«

*) Augendiagnose und Kurpfuschertum. Mit besonderer Berücksichtigung des Kurpfuscherprozesses gegen den »Lehmpastor« Felke. Verlag von Hermann Barsdorf, Berlin 1910. Broschiert Mk. 4.—. In Originalband Mk. 5.—.

Unsere Festnummer wurde derart reichlich mit Beiträgen bedacht, dass sie 52 Seiten umfasst. Die Klischees der einzelnen Tableaus sind in dem Atelier der renommierten k. u. k. Hof-Photochemigraphen C. Angerer & Göschl, Wien, XVI/1, nach einzelnen Bildern hergestellt. In Anbetracht der künstlerischen Ausstattung, des reichlichen Inhaltes und des Umfanges der Festnummer können einzelne Exemplare nur zum Preise von K 3.— abgegeben werden. Eine beschränkte Anzahl der Festnummer wurde auf Kunstdruckpapier hergestellt und stellt sich auf K 5.— pro Exemplar.

Beilage. Der vorliegenden Nummer unseres Blattes liegt ein Prospekt über die bewährten Präparate der Chemischen Fabrik, Helfenberg, A.-G., vorm. Eugen Dietrich in Helfenberg (Sachsen), bei, welchen wir der Aufmerksamkeit unserer p. t. Herren Kollegen bestens empfehlen. Die Filiale für Oesterreich-Ungarn der genannten Firma ist: A. Kremel, Adlerapotheke, Wien, XIV/1, Märzstraße 49.

Wissenschaftliche Beilage der Ärztlichen Standeszeitung.

ÄRZTLICHE FORTBILDUNG.

Organ für das ärztliche Fortbildungswesen
unter ständiger Mitwirkung der Herren

Nr. 9. Wien, am 1 Mai 1910. IX. Jahrgang.

Originalien.

Beitrag zur Vaccine-Impferkrankung des Auges.

Von **Hofrat Prof. Wicherkiewicz.**

Daß bei Blattern nicht selten das Auge miterkrankt und daß diese Erkrankung meist in der Eruptionsperiode die Lider befällt, später aber gefährliche Horn-, Regenbogen-, ja Netz- und Aderhauterkrankungen nach sich ziehen kann, — ist eine zur Genüge festgestellte Tatsache, die hier keiner weiteren Erörterung bedarf.

Weiter ist es bekannt und verschiedentlich konstatiert worden, daß bei der Impfung selbst — also primär — infolge Unvorsichtigkeit ein Augenleiden entstehen kann, und zwar ein Leiden der Lider, der Bindehaut und, wenn auch seltener, der Hornhaut, später — sekundär — kann durch Uebertragung der Lymphe der Pusteln aufs Auge desselben Individuums oder auch eines anderen ein Leiden hervorgerufen werden. Selbstredend soll nicht davon die Rede sein, daß bei geimpften Kindern sehr oft Lidrandentzündungen, Bindehauterkrankungen (Phlyctaenen), ja selbst Hornhautinfiltrate entstehen, die keinen infektiösen Ursprung haben und nur zeitlich mit der Impfung zusammenfallen; eine skrofulöse Anlage wird in solchen Fällen durch die Impferkrankung zum Ausbruch veranlaßt und bildet gelegentlich gerade ein günstiges Substrat für eine Infektion. Dagegen wollen wir hier mit einigen Worten die durch Vaccination selbst verursachten Augenerkrankungen streifen. — Als primäre Impfinfektionen der Hornhaut, die übrigens in der Literatur nicht alzu häufig registriert werden, gelten die Fälle von Critchetton*1), Boehler*2), Jamson*3) und Story*4. In allen diesen Fällen soll die Infektion dadurch zustande gekommen sein, daß beim Oeffnen des Impfröhrchens durch ein Glasstück des Lymphröhrchens die Hornhaut verletzt wurde und es waren immer Aerzte, die diesem Mißgeschick anheimfielen.

Viel häufiger aber kommt diese Infektion durch Uebertragung aus der geimpften Stelle auf das Auge desselben oder eines anderen Individuums.

Sitzt die sekundäre Pustel auf der Lidhaut oder am Lidrande, was wohl meist der Fall ist, dann erscheint das Lid bretthart, infiltriert, die Präauriculardrüsen sind stark angeschwollen und schmerzhaft. Vom Lidrande kann sich alsdann die Infiltration auf die Bindehaut fortsetzen oder der gegenüberliegende Lidrandteil wird mitaffiziert. Auch kann sich die Erkrankung auf die Hornhaut fortsetzen oder diese von vornherein ergreifen. — Der Verlauf der Krankheit wird sehr verschieden ausfallen. In manchen Fällen geht das Leiden nach einigen Wochen fast spurlos vorüber, — nur hinterlassen Hornhauterkrankungen immer mehr oder weniger ausgiebige Narben (Leucosen) — oder aber verursacht die Infektion selbst am Lide starke Zerstörungen, die zu Ectropium, Entropium, Blepharophimosis, Symblepharon, Madarosis und dergleichen führen, und wenn die Hornhaut mitergriffen ist, kann es sogar zur Perforation mit ihren Folgen kommen.

Der in prognostischer Hinsicht so verschiedenartige Verlauf hängt wohl davon ab, ob die Infektion ein Individuum trifft, welches nach der ersten Vaccination noch immun geblieben ist oder ein solches, welches nicht mehr immun ist (da es nicht revacciniert wurde, noch nicht immun ist), oder weil es überhaupt nicht vacciniert worden war. Aber es kann sich auch gelegentlich ereignen, daß der deletäre Verlauf durch Mischinfektionen verursacht wird, d. h. daß zu der Vaccineinfektion noch eine zweite, sekundäre, hinzutritt.

Für letztere Möglichkeit scheint der von Dr. Rudolf Tertsch*5) 6) aus der Fuchs'schen Klinik beschriebene Fall zu sprechen, wo ein von seinem geimpften Bruder am Auge infiziertes 7jähriges Mädchen sehr starke Nekrose der Lider mit deren Folgen sich zugezogen hatte. Aus dem Lidgeschwür wurde Streptococcus brevis gezüchtet. Allerdings muß hervorgehoben werden, daß gerade dieses Mädchen noch nicht geimpft worden war.

Da nun jeder Fall doch immer etwas Belehrendes mit sich bringt, so sei es mir gestattet, einige einschlägige in den letzten Jahren von mir beobachtete Fälle hier kurz anzuführen.

1. Am 4. Juni 1907 meldet sich bei mir Frau H. N., weil seit vier Tagen ihre Augen entzündet seien. Zunächst wird über die Ursache der Erkrankung nichts angegeben. Ich finde linkerseits Anschwellung der Präauriculardrüsen, mäßige Anschwellung der Augenlider; die ganze Bindehaut ist sehr stark gerötet und mäßig angeschwollen. Ein kleines Extravasat am Rande der Hornhaut. — Das Auge wurde sorgfältig gereinigt, mit Borwasser ausgespült und ein Spiritusschutzverband angelegt, 10prozentige Jothionsalbe zum Einreiben in die Drüsengegend vorgeschrieben. Zwei Tage später erschien die Kranke wieder, doch war

das Bild der Krankheit ein viel mehr ausgesprochenes. Die Lidanschwellung hat bedeutend zugenommen, auch kam es zur starken Chemose der Augapfelbindehaut; am äußeren Augenwinkel sieht man eine regelrechte Vaccinpustel, auf der Lidbindehaut graues, breites Infiltrat, zwei Pusteln am nasalen und eine dritte am temporalen Teile des oberen Lidrandes. Da ich eine typische Variolainfektion vor mir zu haben glaubte, forschte ich weiter in dieser Hinsicht und erfuhr, daß die Kinder der Patienten vacciniert wurden, daß die Vaccinpusteln stark eiterten und daß die Patientin selbst das Reinigen der beschmutzten Leibwäsche besorgte.

Die Kranke klagte über Kopfschmerzen und hatte erhöhte Temperatur. (38,5 C.) Behufs bakteriologischer Untersuchung wurden aus den infiltrierten Stellen Culturen angelegt. Die ganze Bindehaut wurde gründlich mit Collargol abgerieben, in den Bindehautsack Ung. flav. eingestrichen. Verband.

Am 8. Juni erscheint die Anschwellung der Lider immer noch dieselbe, auch das Infiltrat hat nicht abgenommen. Bakt. Untersuchung weist Diphteriebazillen auf. Oertliche Behandlung unverändert, außerdem wurde aber noch Serum antidipht. sukutan eingespritzt. Am nächsten Tage war kaum eine wesentliche Veränderung festzustellen, wohl aber schon am 10. Juni. Von da ab nahmen die Erscheinungen an den Lidern und der Bindehaut sichtlich von Tag zu Tag ab. Es kam zwar zu einem Hornhautinfiltrat, welches zum Geschwür wurde, doch heilte dieses nach Galvanokaustik, Atropinanwendung unter der oben angeführten Behandlung. Doch erst am 26. Juli konnte ich vollständige Heilung — mit Zurücklassung einer kleinen Hornhauttrübung — konstatieren. Serum war sechsmal eingespritzt worden. Noch sei erwähnt, daß die Pusteln bereits nach einigen Tagen verschwanden und daß sich am längsten die durch Gewebsverfall entstandenen Defekte der Lidränder und der Bindehaut erhielten.

Der Zufall wollte es, daß schon am 5. Juni in meiner Klinik ein zweiter Fall zur Beobachtung kam.

2. Sch. Chaja, 13 Monate altes Kind. Vor elf Tagen am linken Arm geimpft. Seit fünf Tagen das rechte Auge geschwollen, eitert ziemlich stark.

Diagnose. Pustula ad canth. int. palp. sup. e vaccinatione.

Der Zerfall der Pustel des Oberlides ist auf den Lidrand übergegangen. Schon am 8. Juni wurde unter der üblichen Behandlung eine wesentliche Besserung konstatiert. Ueber das weitere Verhalten nichts bekannt. Vermutlich also Heilung eingetreten.

Das nächste Jahr blieb frei von diesen Beobachtungen, dagegen hatten wir im vorigen Jahre eine ziemlich starke Auslese.

3. Zunächst meldet sich am 16. Juni Emilie S., 16 Jahr alt, und gibt an, sie habe vor einigen Tagen am linken unteren Lidrande eine Pustel bemerkt. Seitdem sei das Auge immer mehr geschwollen, bis es das gegenwärtige Aussehen erhalten. Präauricular- und Submaxillardrüsen stark geschwollen und schmerzhaft. Die Lidränder bedeckt von eitrigem Sekret, am äußeren Lidwinkel befindet sich eine eitrig infiltrierte Delle einer Pustel. Bindehaut stark gerötet und geschwollen. Eine zweite Pustel am Rande des Oberlides, eine dritte auf der Lidhaut selbst desselben Auges. Die beiden ersten konfluieren und bilden ein infiltriertes Geschwür. Die Ränder dieses Geschwüres fühlen sich hart an, die Lider lassen sich kaum von einander entfernen. Hornhaut ist intakt geblieben.

Staphylococcus aureus. Weiteres anamnestisches Eingehen ergibt, daß in der Familie ein Kind geimpft worden und daß nach der Impfung sowohl am Arme als auch am Gesichte ein krustenartiger Ausschlag entstanden sei.

Behandlung: Abwaschen mit Collargol, Einstreichen der Elektrargolsalbe, Anlegen eines Salzwedelschen Verbandes. Als jedoch am anderen Tage die Temperatur 38, Puls 120 und das Aussehen des Auges unverändert war, wurde Serum antidyphtheriticum angewandt. Nach etwa 10 Tagen trat Heilung ein.

4. Z. Helene, 22 Jahre alt.

Meldet sich am 1. Juli, weil seit 8 Tagen die Augen juckten. Der Arzt habe ohne Erfolg Arg. nitr. angewandt.

Man bemerkt dieselben Erscheinungen, wie im vorigen Falle auch hier; des rechten Auges Bindehaut stark chemotisch, die Präauriculardrüsen stark geschwollen. Man erfährt, daß ein 6 Monate altes Kind in der Familie geimpft sei und daß dessen Armwunde stark eitere.

Bakteriol: Staphylococcus albus und Streptococcus.

Behandlung wie im vorigen Falle, aber ohne Serum, um gerade die günstige Lokalbehandlung zu erproben. Die Kranke wurde bereits am 8. Juli, also in 8 Tagen, geheilt entlassen.

5. D. Stefanie, 13 Jahre alt, erscheint am 9. Juli 1909 in meiner Klinik. Angeblich hatte eine Fliege oder Mücke sie am Auge gestochen und 3 Tage später sei Anschwellung des Auges aufgetreten. Ein Arzt habe ihr Bleiwasser verordnet.

Bei genauem Nachforschen habe ich in Erfahrung gebracht, daß sie ein 5 Monate altes Kind als Kindermädchen zu pflegen habe, welches vor einigen Wochen geimpft worden und bei dem der geimpfte Arm noch stark eitere.

Am rechten Auge, beide Lider geschwollen, an den Rändern einige Pusteln, die zum Teil zerfallen sind, die Infiltration schreitet auf die Bindehaut über, Hornhaut intakt.

Behandlung wie im vorigen Falle führte zur Heilung mit geringer Narbenbildung des Lidrandes. In welcher Zeit, ist leider aus den Protokollen nicht ersichtlich.

Bakteriologische Untersuchung weist Staphylococcus aureus nach.

6. C. Anton, 10 Jahre alt, aus Oderberg, wird am 3. August 1909 während der Ferien vorgeführt wegen Entzündung des rechten Auges. Nach den kurzen Protokollnotizen wurde folgendes konstatiert: Das rechte Auge bot zwei übereinander stehende Hornhautgeschwüre, die durch eine kleine Brücke miteinander verbunden sind. Hypopyon etwa drei bis vier Millimeter hoch, Lider geschwollen und im äußeren Augenwinkel am Rande beider Lider runde Defekte. Am linken Auge befindet sich eine runde Kruste mitten auf der Lidhaut. Nach ihrer Entfernung erscheint ein roter Defekt.

Am 8. August bekam ich das Kind zu sehen und erfuhr noch nachträglich, daß es am 10. Juli am rechten Arme geimpft worden sei und daß bereits am 15. Juli sich auf der Lidhaut beider Augen Geschwüre gebildet hatten. Die rechte Hornhaut war bereits an diesem Tage von einem 8 mm im Durchmesser messenden infiltrierten Geschwüre, das von allen Seiten von oberflächlichen und tiefen Gefäßen umgeben war, eingenommen.

Als ich das Kind am 2. November wieder zu sehen bekam, war dieses Auge mit Zurücklassung eines mäßig großen zentralen Leukoms (adh.) ausgeheilt, weswegen mit Erfolg iridectomiert wurde.

Die Vornahme einer bakt. Untersuchung ist damals unterblieben.

7. Der letzte Fall, den ich noch mit wenigen Worten anführe, betraf die 4jährige Paw. Marie, welche am 5. Juli v. J. wegen Entzündung des rechten Auges infolge der vor 12 Tagen vorgenommenen und von starker Eiterung des Armes gefolgten Impfung mir vorgestellt wurde. Das Kind soll wiederholt die Augen gerieben haben. Es bestand eitrige Bindehautabsonderung, starke Schwellung der Lider beider Augen. Am rechten Oberlide eine charakteristische, bereits zerfallende Pustel. Bakt. Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden, da die Mutter mit dem Kinde sofort nach Hause mußte. Die Augen wurden gründlich gereinigt, mit Sofol ausgespült und Elektrargolsalbe aufgestrichen.

Der Arm wurde verbunden und obige Behandlung mit nach Hause vorgeschrieben.

Aus der Zusammenstellung obiger Fälle ist ersichtlich, daß Augenerkrankungen teils infolge von Vaccineinfektion, sowohl der geimpften Individuen, als auch derjenigen, die mit jenen in Berührung kommen, nicht gerade zu den Seltenheiten gehören. Ja sie dürften wahrscheinlich viel öfter vorkommen als dies angenommen wird. Oft wird wohl der ursächliche Zusammenhang übersehen, wie ich mich eben persönlich habe überzeugen können.

In letzter Zeit hat Prof. Bednarski *6) aus dem Sophienspitale zu Lemberg einen Fall publiziert, der einen 4jährigen Knaben betrifft, bei dem an beiden Augen pustulöse Geschwüre infolge von Selbstinfektion nach Impfung aufgetreten waren.

Die bakteriologische Untersuchung pflegt keinen sicheren Halt zu geben, da ja, wie unsere Fälle, sofern sie daraufhin untersucht wurden, beweisen, daß verschiedene Mikroben dabei vorkommen können, welche Mischinfektionen ihre Entstehung verdanken.

Daß der Löflerische Bazillus die schwerste Form abgibt, beweist unser erster Fall. Die Art, wie die Infektion der Augen zustande kommt, scheint eine gar mannigfaltige zu sein. Am häufigsten dürfte die unmittelbare Uebertragung des Krankheitsstoffes vom Arm auf das Auge mittels eigener oder fremder Hand zu sein. Daß der Stoff beim Impfgeschäft ins Auge gelangen kann, haben wir eingangs erwähnt. Aber man muß auch noch an andere Entstehungsmöglichkeiten denken. So berichtet Dr. Eichhof *7) über ein zweijähriges Kind, welches in derselben Wanne und in demselben Wasser gebadet wurde, welches sein jüngerer, vor einigen Wochen mit Erfolg geimpfter Bruder zum Baden gebraucht hatte. Es bekam darauf an verschiedenen Körperteilen, aber auch am Gesicht und an den Lidern charakteristische Vaccinepusteln. Daß im allgemeinen die Vaccineerkrankungen einen günstigen Verlauf nehmen, ist bekannt und zum Teil auch durch unsere Fälle bewiesen.

Doch kann unter Umständen der Prozeß, namentlich wenn er auf die Hornhaut übergeht, auch wohl ernstlich das Auge gefährden, wie dies unser Fall 6) beweist. Ob dem allerdings eine ungeeignete Behandlung etwa Vorschub geleistet habe, wage ich nicht zu entscheiden, da ich den Fall nicht genau und nicht vom Anfang an beobachten konnte. Daß eine spezifische Serumbehandlung in gewissen Fällen von großem Nutzen ist, haben wir oben gesehen, im allgemeinen durften aber antiseptische Silberpräparate namentlich aber Elektrargol, Kolargol genügen, um jede Gefahr abzuwenden.

Was mich zur Publikation obiger Zeilen, die ich gern zur Ehrung meines hochgeschätzten Kollegen Prof. Königsteins, der liebenswürdigen Aufforderung der verehrten Redaktion folgend, gewidmet haben wollte, hauptsächlich veranlaßt, das ist der Wunsch, die Herren Kollegen, die das Impfgeschäft besorgen, anzuregen, sie möchten es nie versäumen, die Umgebung ihrer Impflinge auf die Gefahr der Infektion der Augen fürs Kind und die Nächsten aufmerksam zu machen. Es dürfte doch wohl leicht sein, durch geeigneten Verband des geimpften Gliedes prophylaktisch dieser Aufgabe gerecht zu werden.

Literatur.

*1. Critchetton On an unique case of inoculation of the eye Med Examiner, 21. Dec. 1876.

*2. Boehler: Ueber Vaccineinfection des Auges und einen cine. Inaug. Kissert, Breslau, 1906.

*3. Menzies and Jamson Vaccination of the cornea. The brit. Med. Journal 1907. p. 198.

*4. Story Vaccination of the cornea ibidem 1907. p. 346.

*5. Dr. Tertsch, „Wiener Klin. Wochenschrift", Nr. 2, 1908.

*6. Tygodnik lekarski Nr. 12.

*7. „Deutsche Med. Wochenschrift", Nr. 34, 1909.

Die Beteiligung des Auges bei Erkrankungen des Gesamtorganismus und fremder Organe.

Als Vortrag gehalten von Dozent **Dr. R. Possek** in Graz.

Mit Ausnahme der Erkrankungen der Bindehaut und Hornhaut auf direkt infektiöser Basis oder auf Grundlage mechanischer, chemischer und thermischer Einflüsse kennen wir nur ganz vereinzelte selbständige Erkrankungen des Auges, wie etwa das Glaukom, die Refraktions-Anomalien und deren eventuelle Folgen, welche nicht auf Grundlage einer Allgemeinstörung des Organismus beruben. Aus diesem Grunde kommt der Augenarzt außerordentlich häufig in die Lage, zur Feststellung ätiologischer Momente und in deren weiterer Verfolgung entsprechender therapeutischer Maßnahmen, den Internisten, Neurologen usw. zu Rate zu ziehen, während andererseits nicht minder oft an ihn herangetreten wird, in gewissen Störungen oder Veränderungen von Seite des Auges wichtige diagnostische Symptome zu erkennen und so irgend eine vermutete Erkrankung des Allgemeinorganismus sicherzustellen.

In Anbetracht des engen Rahmens, in dem es mir hier möglich ist, über den Zusammenhang von Augenerkrankungen mit allgemeinen Störungen zu sprechen, möchte ich es versuchen, Ihnen, meine Herren, nur in kurzen Strichen die wichtigsten und prägnantesten diesbezüglichen Momente vorzuführen.

Wenn ich mit den Infektionskrankheiten, als: Masern, Scharlach usw., beginnen will, so kommen hier zwei Arten von Beteiligung des Auges in Betracht, indem sich einerseits Exantheme direkt am Auge lokalisieren können, während wir andererseits in gewissen Nachkrankheiten den Ausdruck toxischer Einflüsse erkennen müssen. — In erster Hinsicht ist Ihnen ja bekannt, daß z. B. speziell die Masern mit einer Bindehautentzündung beginnen und es nicht so selten vorkommt, daß es auch bei Blattern und Schafblattern zur Pustelbildung in der Bindehaut kommen kann, wie auch bekannt ist, daß die Rachendiphtherie auf die Conjunctiva übertragen werden kann. Desgleichen sehen wir nicht selten das Auge sich indirekt oder auf metastatischem Wege bei Influenza, Angina und anderen derartigen infektiösen Prozessen beteiligen, indem es hier zu Muskellähmungen, Sehnervenentzündung, ja selbst zu Panophthalmie kommen kann. Als Nachkrankheiten, wie oben gesagt, auf toxischer Grundlage, sind Ihnen allen die häufigen postdiphtherischen Lähmungen, unter welchen vorzugsweise die Akkommodationslähmung die häufigste ist, nur zu gut bekannt.

Die ausgedehnteste Rolle spielen hier wohl die chronischen Infektionskrankheiten, die Tuberkulose und die Lues, und wir kennen im Bereiche des Auges und der dazugehörigen Teile nicht ein Organ, welches nicht organisch oder funktionell auf einer dieser Grundlagen eine Störung erfahren könnte.

Es wäre viel zu weitgehend, wollte ich hier auf die mannigfaltigen Formen der tuberkulösen und syphilitischen Augenerkrankungen auch nur im kurzen eingehen. Ich will nur betonen, daß bei jeder parenchymatösen Hornhautentzündung, bei jeder Regenbogenhautentzündung, tiefen Skleritis, ferner bei allen Erkrankungen der Aderhaut, Netzhaut und des Sehnerven, sowie bei Muskellähmungen in erster Linie diese ätiologischen Momente in Erwägung zu ziehen sind. Die Schwierigkeiten, welche wir in dieser

Hinsicht oft zu überwinden haben, indem ungenaue anamnestische Angaben, mangelhafte übrige Befunde eine genaue Diagnose oft fast unmöglich machen, sind sehr bedeutend und wir können leider auch in unseren modernen sero-diagnostischen Hilfsmitteln nur relativ selten eine genügende Unterstützung finden.

Einer besonderen Erwähnung bedarf die ophthalmoskopische Diagnostik der Chorioidealtuberkulose, welche mitunter allein dem häufig getrübten Bilde der Miliartuberkulose eine Klarheit zu schaffen imstande ist.

Ebenso große Aufmerksamkeit gebührt auch der Skrophulose, welche sich ja auch enorm häufig in okulistischen Symptomen kennzeichnet. Sowohl Kinder als Erwachsene mit chronischen Lidrandentzündungen, mit ekzematösen Bindehaut- und Hornhauterkrankungen, ferner mit häufiger Erkrankung der Liddrüse als Hordeola, werden immer zur Annahme einer diathetischen Grundlage Anlaß geben, wenngleich man hier natürlich nicht zu weit gehen darf, als ja unkorrigierte Refraktionsanomalien zur Blepharitis ebenso disponieren können, wie z. B. Pedikulosis capitis zum Auftreten einer exzematösen Bindehaut- und Hornhauterkrankung, oder eine Darmstörung zum Entstehen von Gerstenkörnern.

Ich möchte, bevor ich zu den übrigen Organerkrankungen übergehe, nur noch kurz darauf verweisen, daß bei allen fieberhaften Erkrankungen sich an den Lidern und in der Hornhaut ein Herpes ebenso lokalisieren kann, als an den anderen bekannten Stellen des Körpers, nur mit dem Unterschiede, daß sich namentlich der Herpes febrilis corneae durch äußerst heftige subjektive Reizerscheinungen auszeichnet und daher das plötzliche Auftreten einer schmerzhaften Entzündung im Auge im Verlaufe einer fieberhaften Erkrankung immer die Möglichkeit eines derartigen Fieberausschlages nahe legen muß.

Erkrankungen des Respirationstraktes führen nur mittelbar zur Beteiligung des Auges, indem es einerseits zu Blutergüssen unter der Bindehaut durch Husten, andererseits zum eben genannten Herpes bei Fieber kommen kann.

Relativ sehr selten haben Erkrankungen des Herzens Veränderungen im Bereiche des Sehorgans zur Folge. — Abgesehen von abnormen Pulsphänomenen der retinalen Gefäße bei Klappenfehlern, sehen wir noch ab und zu eine auffallende Schlängelung dieser Gefäße bei Aorteninsuffizienz. Endokarditis kann durch retinale Blutungen zu Sehstörungen Anlaß geben, wie die Embolie der Zentralarterie oder einer ihrer Aeste oft zu plötzlicher totaler oder teilweiser Erblindung führen kann, während die ulzeröse Endokarditis mitunter metastatische Ophthalmie zur Folge hat.

Im Anschlusse an die Erkrankungen des Herzens wäre gleich zu betonen, daß auch die Erkrankungen der Gefäße, nämlich die Arteriosklerose, von mannigfachen Störungen des Auges begleitet sein kann. Sind einerseits subkonjunktivale Blutungen an und für sich harmlos, so werden sie immer doch bei älteren Individuen neben der Möglichkeit, auf Nephritis oder Diabetes zu denken, auch die Annahme einer arteriosklerotischen Grundlage rechtfertigen. Andererseits sehen wir namentlich bei der Arteriosklerose Veränderungen im Auge, welche von schweren Störungen begleitet sind, durch intraokulare Blutungen, durch Thrombosen und endlich sekundär durch gleichartige Prozesse in den Sehbahnen im Gehirne hervorgerufen. Häufiger haben Störungen des Verdauungstraktes krankhafte Veränderungen des Auges zur Folge, indem auch nur vorübergehende Obstipation das Auftreten von Hordeola bedingen kann, während Störungen von längerer Dauer Regenbogenhautentzündungen nach sich ziehen können.

Glücklicherweise kommen wir recht selten in die Lage, bei chronischen Darmkatarrhen der Kinder xerotische Prozesse der Bindehaut und Hornhaut oder gar Ophthalmomalacie zu konstatieren.

Um die Erkrankungen des Verdauungstraktes zum Abschlusse zu bringen, möchte ich nur noch der Vollständigkeit halber kurz erwähnen, daß bei Entzündung der Ohrspeicheldrüsen sich auch die Tränendrüse beteiligen und daß sich endlich auch neben anderen Darmparasiten namentlich der Cystizerkus im Auge lokalisieren kann.

Nicht häufiger als die letzterwähnten Erkrankungen des Auges sehen wir solche bei krankhaften Prozessen der Leber, da die Corioretinitis hepatica, ebenso wie metastatische Ophthalmie bei fieberhaftem Ikterus zu den größten Seltenheiten gehört. — Daß sich die ikterische Verfärbung der Haut auch bei gewöhnlichen katarrhalischen Affektionen meist zuerst in der Bindehaut des Augapfels bemerkbar macht, ist eine auch dem Laien bekannte Tatsache. Weniger bekannt dürfte es sein, daß es bei schwereren derartigen Prozessen auch zum Gelbsehen (Xanthopsie), wie ferner zu den Erscheinungen der Hemeralopie, des Nachtnebels, kommen kann.

Die mannigfaltigen krankhaften Prozesse können auf der Basis von Nierenaffektionen, bezw. bei Albuminurie entstehen, und es wird uns jedes nicht entzündliche Oedem, jede subkonjunktivale oder intraokulare Blutung, soferne sie nicht nachgewiesen auf traumatischer Basis beruht, ebenso Anlaß geben, den Harn auf Eiweiß zu untersuchen, wie wir dieses Moment auch selbstredend bei jeder Regenbogenhautentzündung, Sehnerven- oder Netzhautentzündung und bei Auftreten von Linsentrübungen in Erwägung ziehen müssen. Die Erkrankung der Netzhaut kann sich einerseits durch die klinisch typische Retinitis albuminurica, welche bekanntlich meist erst im Stadium der Schrumpfniere auftritt und von ungünstiger prognostischer Bedeutung ist, als auch durch Abhebung manifestieren. Auf autotoxischem Einflusse im Bereiche des Gehirnes beruhen die während eines urämischen Anfalles auftretenden plötzlichen Erblindungen, namentlich bei akuten Nephritiden, wie bei Scharlach.

Derartige, plötzliche, vorübergehende Amaurosen oder Amblyopien können wir jedoch bei Kachexie, schwerer Anämie oder bei schweren Blutverlusten beobachten. Uebrigens führen diese Erkrankungen mitunter auch zu retinalen Blutungen, ebenso wie die Blutkrankheit und die Chlorose, bei welch letzterer man auch Sehnervenentzündungen und thrombotische Prozesse im Bereiche der Retinalvenen beobachten kann. Die Leukämie führt zum klinisch-typischen Bild im Bereiche des Augenhintergrundes, indem wir hier die Netzhautgefäße auffallend weit und blaß sehen können und sich weiße Flecke mit roter Umsäumung in der Netzhaut als Anhäufungen von Leukozyten auszeichnen.

Anschließend an diese Folgeerscheinungen von Blutkrankheiten kommt noch den Stoffwechselerkrankungen eine bedeutende Rolle zu. Der Zuckergehalt des Blutes kann zu den ganz gleichen Veränderungen der Organe des Auges führen, wie oben erwähnt, die Albuminurie, und wir werden es infolgedessen bei jedem der genannten Krankheitsprozesse nicht unterlassen, den Harn neben Eiweiß auch auf Zucker zu prüfen.

Außerordentlich zahlreich sind die bei akutem und chronischen Rheumatismus im Auge auftretenden Begleiterscheinungen, von welchen Entzündungsprozesse der Regenbogenhaut, Sklera, der Tenonschen Kapsel und des Sehnerven, sowie Lähmungen im Bereiche der Augenmuskeln verhältnismäßig nicht selten beobachtet werden.

Als Ausdruck gichtischer Störungen des Gesamtorganismus sehen wir öfters Episkleritis, Skleritis, in deren Folge skleritisierende Hornhautentzündung und endlich auch Regenbogenhauterkrankungen.

An dieser Stelle wäre noch hervorzuheben, daß auch bei Rhachitis der Kinder durch Bildung von Schichtstar eine bleibende Sehstörung entstehen kann.

Die Erkrankungen im Bereiche der Geschlechtssphäre haben wir teilweise schon oben abgetan, indem ich dort auf die mannigfaltigen luetischen Prozesse verwies, und es erübrigt uns hier nur, von den infektiösen, hieher gehörigen Prozessen auf die Gonorrhoe aufmerksam zu machen, indem diese nicht nur durch direkte Uebertragung in die Bindehaut zu schweren Erkrankungen des Auges mit häufiger schließlicher Erblindung infolge Geschwürbildung führen kann, sondern auch auf metastatischem Wege nicht so selten eine Regenbogenhautentzündung zur Folge hat, weshalb bei Iritiden immer auf die Möglichkeit einer gonorrhoeschen Grundlage gedacht werden muß.

Die physiologischen Veränderungen des weiblichen Geschlechtslebens sind mitunter ebenfalls von Störungen von Seite des Sehorgans begleitet, indem bei vielen, namentlich bei blutarmen Frauen zur Zeit der Menstruation, Gravidität oder im Wochenbette neurasthenische Symptome, wie Ermüdung, Flimmern, asthenopische Beschwerden usw. sich störend bemerkbar machen, während es auch vorkommen kann, daß bei Ausbleiben der Menses sich vikariierende retinale Blutungen einstellen.

Schließlich möchte ich hier noch betonen, daß natürlich bei krankhaften Störungen während der Gravidität es zu verschiedenen Augenerkrankungen und Sehstörungen kommen kann, da ja z. B. Schwangerschaftsnephritis, ebenso alle albuminurischen Veränderungen des Auges hervorrufen kann, wie etwa eklamtische Prozesse auch von vorübergehender Amaurose begleitet sein können, und wie endlich bei septischer Affektion im Wochenbette auf metastatischem Wege jedes Organ des Auges erkranken kann.

Fast sämtliche Erkrankungen der Haut können sich natürlich auch an den Lidern lokalisieren, von welchen allerdings nur vereinzelte auch in das Gebiet der Schleimhäute übergreifen.

Es erübrigt endlich noch hervorzuheben, daß Erkrankungen der Nebenhöhlen wie des Mittelohres teils fortleitend, teils auf metastatischem Wege das Auge selbst oder die Orbita ergreifen und so zu schweren Prozessen letzterer Anlaß geben können.

Nach Abschluß der bisherigen Organ- und Stoffwechselerkrankungen möchte ich noch kurz auf Augenveränderungen bei Vergiftungen hinweisen, bevor ich Ihnen noch in Kürze die Augensymptome bei Erkrankungen des Nervensystems, welche eigentlich infolge ihrer Bedeutung und Mannigfaltigkeit für sich allein ein eigenes Kapitel ausmachen sollten, anführe.

Die häufigsten chronischen Vergiftungserscheinungen im Bereiche des Sehorgans können wir bei Mißbrauch von Alkohol und Nikotin konstatieren, indem es in beiden Fällen neben anderen bekannten Erscheinungen zu retrobulbären Sehnervenentzündungen mit zentralem Skotom und schließlicher Atrophie kommen kann, zu welchen Sehnervenaffektionen auch die chronische Bleivergiftung führt, nur mit dem Unterschiede, daß hier meist eine schon ophthalmoskopisch sichtbare Neuritis vorangeht. Uebrigens kommen bei chronischen Bleivergiftungen mitunter auch homonyme Hemianopsien vor. Schwefelkohlenstoffvergiftungen sind gleichfalls von Sehnervenentzündungen begleitet, während bei Chinin infolge Arterienkrampf konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes beobachtet wird. Infolge von Filix mas-Vergiftungen kann es zu Sehnervenatrophie, bei Ergotismus und bei Naphtalinvergiftung zur Starbildung und Netzhautveränderung kommen. Eigentlich überflüssig zu bemerken ist es, daß sich Atropinvergiftung durch maximal weite Pupillen und Akkommodationslähmung, Morphinvergiftung im Gegensatze durch Miosis auszeichnet und daß es endlich durch Santonin zum Gelbsehen kommen kann. Eine praktisch ziemlich wichtige Tatsache ist, daß infolge von Wurst- und Fleischvergiftung sehr häufig Muskellähmungen, Akkommodationslähmungen und Sehschwäche, ja selbst vorübergehende einseitige oder doppelseitige Erblindung auftreten können, weshalb man bei jeder derartigen Störung, welche sich an die Angabe knüpft, daß infolge von Genuß schlechten Fleisches und dergleichen eine Magenverstimmung vorangegangen ist, an diese Ptomainwirkung denken muß, schon aus dem Grunde, weil sich diese Folgeerscheinungen prognostisch meist äußerst günstig verhalten, im Gegensatze zu anderen gleichartigen Veränderungen auf ätiologisch anders gearteter Basis. In ähnlicher Weise kennzeichnen sich auch verschiedene autotoxische Prozesse im Organismus, zu welchen ja auch, wie schon erwähnt, die urämische Amaurose gehört.

Als letzte dieser meiner Ausführungen möchte ich noch, wie schon erwähnt, den Zusammenhang von Augenerkrankungen mit solchen des Nervensystems besprechen und will mich hier möglichst kurz fassen, da es unmöglich ist, dieses ausgedehnte Gebiet auch nur einigermaßen eingehend im Rahmen eines derartigen Vortrages zu behandeln.

Schon die häufige Klage eines Patienten über andauernden Kopfschmerz kann oft in Symptomen von Seite des Sehorganes ihre Erklärung finden, da sowohl unkorrigierte Refraktionsanomalien, ebenso wie latente Insuffizienz der Augenmuskel, die alleinige Grundlage zu den genannten Beschwerden bilden können. Ergibt jedoch bei gleichen Beschwerden die ophthalmoskopische Untersuchung den Befund einer bestehenden Stauungspapille, so wird uns die Möglichkeit eines Gehirntumors, eines Abszesses, einer Gehirnlues, eventuell auch einer Nephritis nahe gelegt, während Netzhautblutungen für arteriosklerotische, anämische oder chlorotische Prozesse sprechen. Endlich kann uns durch die Aufnahme des Gesichtsfeldes die Ursache des kontinuierlichen Kopfschmerzes geklärt werden, wenn uns ein zentrales Skotom eine Vergiftung mit Alkohol, Nikotin oder Blei anzeigt, während bitemporale Hemianopsie für das Vorhandensein eines Hypophysentumors oder einer basilaren Lues spricht. Nicht selten treten auch bei Glaukom die heftigen Kopfschmerzen derart in den Vordergrund, daß der Patient eher einen Internisten oder Neurologen konsultiert als einen Augenarzt. Endlich können Kopfschmerzen auch nur als ein Symptom bestehender Neurasthenie vorkommen und es kann auch in einem derartigen Falle durch den Nachweis einer Ermüdungsreaktion im Gesichtsfelde ein Aufschluß gegeben werden.

Wenn wir die organischen Erkrankungen des Gehirnes als solche in Bezug auf ihre Augensymptome überblicken, so finden wir, daß sich verschiedene Symptome regelmäßig wiederholen. Wir haben als erstes und wichtigstes Symptom das Auftreten einer doppelseitigen Stauungspapille, welches allerdings in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle für das Vorhandensein eines Tumors spricht, indem von allen Fällen doppelseitiger Stauungspapille zirka $^3/_4$ auf dieser Grundlage beruhen, während zirka $^1/_{10}$ auf Lues celebri ohne Geschwulstcharakter als etwa Gumma, $^1/_{20}$ auf Tuberkulose und zirka $^1/_{10}$ auf alle übrigen Ursachen zurückzuführen ist. Wichtig ist dabei, im Auge zu behalten, daß das Vorhandensein einer doppelseitigen Stauungspapille bei den gleichzeitigen übrigen Symptomen eines Gehirntumors nicht dafür spricht, daß dieser vielleicht in den Vorderabschnitt des Gehirns lokalisiert werden kann, sondern im Gegenteile das rasche Auftreten einer Stauungspapille meist auf die Lokalisation in der hinteren Schädelgrube deutet. Der doppelseitige Exophthalmos ist ebenso ein allerdings nicht häufiges Symptom, wie die konjugierte Deviation der Augen, bei welcher beide Augen in gleichseitiger Richtung verharren, und zwar nach jener Seite blickend, auf welcher der Herd sitzt. (Der Patient schaut seinen eigenen Herd an.) Nur bei begrenz-

ten Gehirnreizungen blickt er vom Herde weg. Die diffuse Blicklähmung, bei welcher die Augen starr geradeaus gerichtet sind, ist meist ein Zeichen von tiefer Benommenheit.

Als schließliche Allgemeinerscheinungen haben wir noch eine eventuell doppelseitige Abduzenslähmung, hervorgerufen durch Hirndruck, seltener doppelseitige Okulomotorius-Paresen.

Endlich kommen auch noch verschiedene Gesichtsfeldeinschränkungen vor, nach deren Beschaffenheit auch eine gewisse Möglichkeit der Lokalisation gegeben ist.

Weiters wäre noch im allgemeinen zu betonen, daß bei Blutleere des Gehirnes die Pupillen weit, bei Hyperämie die Pupillen enge werden.

Von den einzelnen Gehirnerkrankungen ist Ihnen ja bekannt, daß sich speziell die progressive Paralyse außerordentlich durch Augensymptome auszeichnen kann, indem neben reflektorischer Pupillenstarre und Augenmuskellähmungen äußerst häufig Sehnervenschwund auftritt. Von den Erkrankungen der Hirnhäute zeichnen sich epidurale und subdurale Blutungen durch die genannten allgemeinen Symptome aus, während bei Sinusthrombose das Auftreten eines entzündlichen Exophthalmos ein äußerst prägnantes Symptom bieten kann. Bei den übrigen Erkrankungen des Gehirnes spielen die Augensymptome in der Diagnostik ebenfalls eine bedeutende Rolle, lassen sich aber hier nicht in kurzen Worten spezifizieren, und ich möchte als auffallendere Symptome nur noch hinzufügen, daß bei der Meniereschen Krankheit meist Nystagmus besteht und es weiters bei der epidem. Cerebrospinalmeningitis auf metastatischem Wege zur suppurativen Choreoiditis (amaurotisches Katzenauge) kommen kann. Wenn sich irgend ein Herd in den Vierhügeln oder in der Zirbeldrüse lokalisiert, so sehen wir außer der beiderseitigen Stauungspapille meist doppelseitige Okulomotorius-Paresen, und zwar ist am häufigsten der Levator palpebrae betroffen. Außerdem kommt es hier noch zur Blicklähmung nach oben und unten, zu Störungen der Pupillarbewegungen und zu Nystagmus. Erkrankungsherde in den Großhirnschenkeln werden in weitaus der größten Mehrzahl der Fälle von einer Okulomotorius-Lähmung gekennzeichnet, wobei eine gekreuzte Körperlähmung auf den Sitz des Krankheitsherdes in dem Gehirnschenkelfuß, die gekreuzte Ataxie auf die Schleife hinweist. Seitliche Blicklähmungen, wobei der Patient nicht nach rechts oder nach links schauen kann, kommen vor bei Tumor in der Brücke, wobei weiters noch Sehnervenentzündungen und Lähmungen des Abduzens und Fazialis auftreten können.

Das Fehlen jeden Symptomes von Seite der Augen wird gewissermaßen als pathognostisch für die akute und chronische Bulbärparalyse angesehen, während die myasthenische Bulbärparalyse sehr häufig Störungen im Bereiche des Okulomotorius und Fazialis auslöst.

Von den Erkrankungen des Rückenmarkes ist für den Ophthalmologen von weitaus größter Wichtigkeit die Tabes dorsalis. Sehnervenatrophie, Muskellähmung, refraktorische Pupillenstarre sind die bekannten häufigsten Symptome. Die m u l t i p l e Sklerose ist ebenfalls des öfteren durch atrophische Prozesse in den Sehnerven ausgezeichnet; hier kommen jedoch zum Unterschiede der Tabes und progressiven Paralyse häufig zentrale Skotome vor und es kann bei Abblassung der Papille oft eine relativ recht gute Sehschärfe erhalten bleiben. Auch plötzliche vorübergehende Erblindungen können hier mitunter beobachtet werden. Bei diesen Krankheiten können wir auch Blicklähmungsparesen in den einzelnen Augenmuskeln und endlich zwar selten spastische Myosis beobachten.

Der Vollständigkeit halber betone ich, mit den Krankheiten des Rückenmarks abschließend, noch, daß bei der Little'schen Krankheit Strabismus convergens auftreten kann und daß endlich Syringomyelitis sowie von Wirbelerkrankungen eingeleitete Alterationen des Rückenmarks sich häufig durch Erscheinungen von Seite des Sympathikus kennzeichnen.

Endlich wäre noch darauf aufmerksam zu machen, daß natürlich auch Neurasthenie, Hysterie, ebenso wie traumatische Neurosen zu den verschiedensten Störungen im Bereiche des Auges, meist nur funktioneller Natur, führen können. Rasche Ermüdbarkeit bei Aufnahme des Gesichtsfeldes, herabgesetzte Sehschärfe bei mangelndem objektivem Befund, asthenopische Beschwerden sind häufig der Ausdruck neurasthenischer Veranlagung wie des Bestehens einer traumatischen Neurose. Relativ sehr oft kommen Amblyopien, ja selbst Erblindungen auf hysterischer Basis vor und sind aus der Art des Auftretens, aus dem Fehlen jeder objektiven Basis ziemlich leicht zu diagnostizieren.

Bekannt sind Ihnen ja allen die ophthalmologischen Phänomene bei Morbus Basedow, bei welchem außer dem auffallenden, oft auch nur einseitig auftretenden Exophthalmus jene Erscheinungen zu beobachten sind, daß das Oberlid beim Blick nach abwärts dem Augapfel nicht gleichmäßig folgt, daß weiters bei verlangsamtem Lidschlag auch eine leichte Neigung zur Divergenzstellung der Augäpfel auftritt.

Wie Sie somit sehen, meine Herren, sind die Beziehungen zwischen krankhaften Veränderungen des Gesamtorganismus oder einzelner Organe zu solchen des Auges äußerst mannigfaltige und man kann mit Rücksicht darauf nur wiederholt betonen, daß die Ophthalmologie nicht, wie das leider so oft geschieht, nur dem Spezialisten vorbehalten sein soll, sondern auch dem praktischen Arzte von entsprechender Bedeutung erscheinen muß.

Benützte Literatur:

G r o e n o u w, Gräfe-Sämisch, Handbuch der Augenheilkunde, Bd. XI. 1. A.

U h t h o f f, ebenda, 2. A.

H e i n e, Axenfeld, Lehrbuch der Augenheilkunde.

Über einen Fall von Nekrosis sicca des oberen Augenlides.

Klinischer Vortrag von **Professor Dr. W. Goldzieher** in Budapest.

(Mit zwei Abbildungen im Text.)

Meine Herren! Ich bin in der Lage, Ihnen ein seltenes Krankheitsbild vorzustellen. Wenn ich Ihnen noch sage, daß ich in einer 27 jährigen Tätigkeit als Primarius größerer Augenanstalten jetzt zum erstenmal Gelegenheit gehabt habe, dieses Bild in seiner vollen Reinheit zu sehen, so werden Sie sich daraus eine Vorstellung machen können, w i e selten dieses Krankheitsbild vorkommen mag.

Wenn Sie dieses 20 jährige, etwas anaemische Mädchen betrachten, so werden Sie auf den ersten Blick sehen, daß die Haut des rechten Oberlides fast in seiner Gänze mangelt und daß das rote Muskellager des Lidschließmuskels wie in einem anatomischen Präparate offen daliegt. Sie sehen, daß der Substanzverlust der Haut etwas unter der Augenbraue, u. zw. in jener Furche beginnt, die dem oberen Orbitalrande entspricht. Seine obere Grenze geht in einer geschweiften, dem oberen Orbitalrande parallelen Linie nasenwärts bis zu jener Hautstelle, wo das Oberlid in die Nase übergeht, schläfenwärts reicht sie über den Kanthus ekternus hinaus, bis ungefähr dorthin, wo der obere in den unteren Orbitalrand übergeht, um dann parallel dem Lidrand wieder nasalwärts zu laufen. Die Haut des Lidrandes ist ungefähr in $1—1^1/_2$ mm Breite vollkommen normal, und in der Gegend des Kanthus internus ist ebenfalls ein Stück von zungenförmiger Konfiguration vom Zerstörungsprozesse verschont geblieben. Alle diese Begrenzungsränder des Substanzverlustes sind scharf, wie mit dem Skalpell zugeschnitten, längs der Rän-

der keine Spur von Eiter, auch auf Druck von der gesunden Haut her entleert sich keinerlei Wundsekret, ebenso ist der Grund des Substanzverlustes, wie oben angeführt der Schließmuskel des Lides, vollkommen rein. Die umgebende Gesichtshaut ist überall frei von Entzündung; es dürfte aber, wie es sich später herausstellen wird, nicht überflüssig sein, zu erwähnen, daß Sie oberhalb der Augenbraue eine ungefähr 2 cm. lange feine Narbe finden, und daß die Haut in dieser Gegend zahlreiche flache, eben noch wahrnehmbare, feinste Narben zeigt. Die lineare Narbe soll von einem Fall in der frühesten Kindheit herrühren; über die Provenienz der flachen Narben, die möglicherweise von einer Verbrennung stammen können, weiß Patientin keine Angaben zu machen.

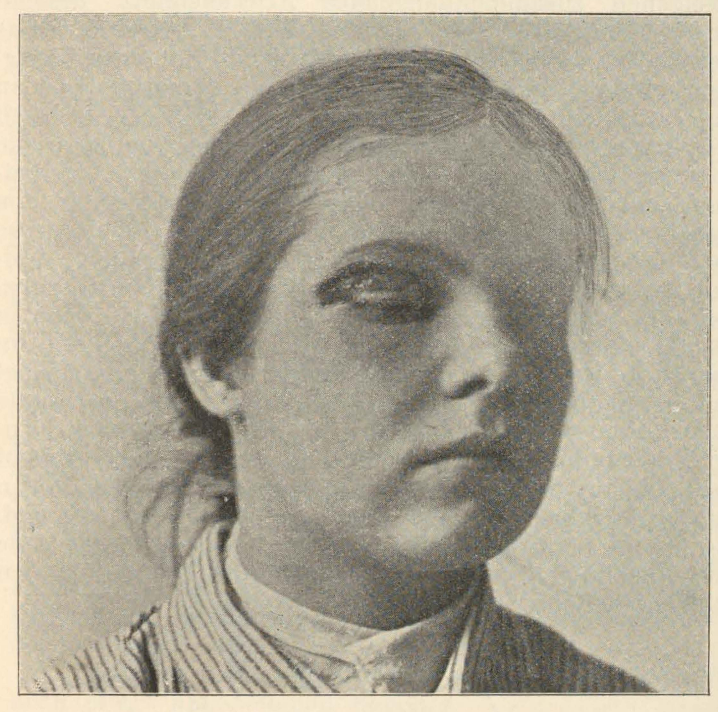


Fig. 1

Aus der Krankengeschichte führe ich Ihnen nun folgende Daten an:

Patientin hat am 7. Jänner 1910 am äußeren Ende der rechten Augenbraue eine kleine Anschwellung bemerkt, die sehr schmerzhaft wurde, sie wendete sich an eine chirurgische Abteilung, wo man eine kleine Inzision vornahm. Am anderen Tage schwoll das Augenlid beträchtlich an und die Kranke wurde fieberisch. Sie soll durch 3 Tage über 39 Grad Fieber gehabt haben. Am 13. Januar 1910 wurde sie auf unserer Abteilung aufgenommen mit folgendem Status:

Das rechte obere Augenlid ist in höchstem Grade geschwollen, von praller Konsistenz, fast steinhart. Es kann nicht gehoben werden, so daß man den Bulbus nur sehr unvollkommen besichtigen kann. Die Haut ist glatt und bläulich verfärbt. Gegenwärtig ist die Schmerzhaftigkeit sehr gering, Temperaturerhöhung ist nicht vorhanden. Am äußeren Winkel des Auges ist noch die schon granulierende Inzisionswunde zu sehen.

Außer der geschilderten Schwellung des Oberlides ist im Gesicht sonst keine Abnormität vorhanden; auch ist keine Lymphdrüse geschwellt. Die Untersuchung der Nase, der inneren Organe ergibt nichts abnormes. Die Blutreaktion nach Wassermann ist negativ.

Die Behandlung besteht in einfachen Dunstumschlägen.

Der Verlauf war kurz der, daß parallel mit der Abnahme der Lidschwellung die Hautdecke sehr bald dunkel verfärbt war und das Bild der trockenen Gangraen darbot. Noch ehe sie sich abstieß, versuchten wir, durch die bakteriologische Untersuchung uns eine Ansicht über den Krankheitserreger zu bilden. Da nirgends und auf keine Weise irgend ein Sekret oder Exsudat zu bekommen war, so stieß ich nach vorhergehender möglichst gründlicher Reinigung der Lidhaut, ein schmales Graefésches Messer durch die Haut tief ins subkutane Gewebe. Als ich es herauszog, kam kaum ein Tropfen Blut. Es war also sicher, daß wir es mit einer beträchtlichen Hemmung des Blutkreislaufes in den vorderen Schichten des Lides zu tun hatten, sonst hätte dieser Einstich jedenfalls eine merkbarere Blutung zur Folge gehabt. Die an dem Messer haftende Blutschichte wurde nun mikroskopisch und im Ausstrichpräparate untersucht, ebenso wurden durch Impfungen mit der Messerklinge verschiedene Kulturen angelegt. Ich führe kurz an, daß die mikroskopischen Untersuchungen einen vollkommen negativen Befund ergaben. Die Kulturen ergaben einige wenige pseudodiphtherieartige Kolonien. Mit diesen Kulturen wurden wieder Impfungen an Kaninchenohren gemacht, die ebenfalls vollkommen negativ verliefen. Es ist uns demnach nicht gelungen, den Krankheitserreger dieser vollkommen circumscripten Lidhautgangraen zu eruieren.

Die Abstoßung der nekrotischen Haut ging nun schnell vonstatten. Sie wurde beschleunigt, indem wir die lose gewordenen schwarzen Hautfetzen mit der Pinzette abzogen, und heute, acht Tage nach der Aufnahme, sehen Sie nun das beinahe vollständig seiner Haut beraubte Oberlid, — ich sage: beinahe, denn die Hautzone längs des Lidrandes und ein kleines, dem inneren Augenwinkel entsprechendes, zungenförmig in den Substanzenverlust ragendes Stück ist durch den Zerstörungsprozeß nicht ergriffen worden.

Fragen wir uns nun, um was es sich bei diesem Prozesse wohl gehandelt haben mag, so müssen wir zunächst per exclusionem der Diagnose näher zu kommen suchen. Wir schließen in erster Linie den Anthrax aus, auch können wir eine syphilitische Ulceration ausschließen. Gegen die Annahme des ersteren schützte der Augenschein und die bakteriologische Untersuchung; gegen die zweite Möglichkeit sprach die Wassermannsche Blutserumuntersuchung, die Anamnese, und der gesamte Befund. Auch der von uns zur Konsultation gebetene hervorragende Dermatolog, Professor L. T ö r ö k, erklärte den Fall als nicht von Syphilis bedingt. Die Annahme, daß es sich etwa um eine neurogene Ulceration der Haut, vielleicht um einen gangraenösen Herpes Zoster handeln würde, hat gar nichts für sich. Es waren gar keine Momente vorhanden, die für einen Herpes Zoster gesprochen hätten. Weder waren neuralgische Schmerzen vorangegangen, noch war die Haut dieser Gesichtshälfte an- oder hyperästhetisch, noch waren je charakteristische Bläscheneruptionen bemerkt worden. Auch kann ich Ihnen heute beweisen, daß von einem Herpes Zoster nicht die Rede sein kann. Ich hebe Ihnen das seiner Haut beraubte Lid auf und zeige Ihnen den Bulbus. Er ist durchaus normal, und seine Cornea hat die normale Empfindlichkeit. Der Fall von Herpes Zoster ophthalmicus soll aber noch gefunden werden bei dem die Hornhaut zwei Wochen nach der Eruption ihre Empfindlichkeit bewahrt oder wiedererhalten hatte.

Wir können also nichts anderes sagen, als daß es sich hier um einen g e n u i n e n Z e r s t ö r u n g s p r o z e ß i n d e r H a u t d e s O b e r l i d e s, in der Form der N e k r o s i s s i c c a (M i c h e l) gehandelt hat. Ueber die Ursache des so charakteristischen Krankheitsbildes können wir zwar nichts bestimmtes sagen — aber es läßt sich wohl eine der Wahrscheinlichkeit nähernde Vermutung anführen, um unser Kausalbedürfnis, wenigstens was die Einleitung der pathologisch-anatomischen Vorgänge in diesem Falle betrifft, zu befriedigen. Doch ehe wir auf diesen Punkt eingehen, wollen wir in der Literatur Umschau halten, um an der Hand derselben die Umrisse des Krankheitsbildes zu zeichnen.

Eine umfassende Uebersicht über den vorliegenden Stoff finden Sie in dem Buche Michels über die Krankheiten der Augenlider (in Gräfe-Samisch, Handb. d. Aug., II. Aufl., V. Bnd., 2. Abt., S. 47 u. f.), Michel unterscheidet die Nekrosis sicca (trocknen Brand) der Augenlidhaut von der Nekrosis humida (feuchtem Brand), und will den Terminus Gangraen nur beim stinkenden Brande anwenden. In dem vorgestellten Falle haben Sie ein Paradigma des trockenen Brandes gesehen, sowohl was das Bild, als den Verlauf anbelangt. Der Untergang der Haut erfolgte hier durch Mumifikation. Beim feuchten Brand erhebt sich die Haut in Blasen, die dann zerfallen und eine geschwürige Fläche hinterlasser. Denjenigen, die eine Zusammenstellung der Casuistik studieren wollen, empfehle ich die Monographie von Pes, Zeitschr. f. Augen, XII., aus dem Jahre 1904.

Was nun die Ursachen für die Lidnekrose betrifft, so werden ihrer vielerlei genannt. Es sind zunächst mechanische Einwirkungen, Traumen, die in Frage kommen, an sie schließen sich thermische und toxische. Was die thermischen Einflüsse betrifft, so halte ich es nicht für überflüssig, zu erwähnen, daß ein Fall berichtet ist, in dem die prolongierte Verwendung eines Eisbeutels zum brandigen Absterben der Lidhaut führte. Was die toxischen Ursachen des trockenen Brandes betrifft, so erwähnt Michel das Gift der Kreuzspinne, der Insektenstiche überhaupt. Große Nekrosen, die sich gelegentlich bis tief ins Muskelgewebe erstrecken können, werden durch äußere Verletzungen und septische Infektion hervorgebracht. Daß ein derartiger septischer Verfall im Anschlusse an andere Hautkrankheiten, Ekzema, Impetigo, Herpes Zoster, Pusteln aller Art, bei Variola, Varicellen, sogar Masern und Scharlach stattfinden kann, wird uns nicht Wunder nehmen. Ebenso kann bei Erysipel, Anthrax ein Brand der Lidhaut auftreten. Sie ersehen aus dieser Liste, wie vielgestaltig die Infektionsträger sein können und daß Sie in der Literatur Streptococcen, Staphylococcen, Diphterie und Fäulnisbacillen erwähnt finden.

Im Grunde genommen aber gehören die letzterwähnten Fälle überhaupt nicht in unser Krankheitsbild. Denn wenn irgend eine Erosion, eine Zosterpustel oder sonst ein Substanzverlust infiziert wird und hierauf die Haut eitrig zerfällt oder derselbe Ausgang auf metastatischem Wege zustande kommt, so ist dies nichts Charakteristisches. Alles dies ist bei unserem Falle auszuschließen. Unseren Fall müssen wir überhaupt jener Gruppe zurechnen, wo der Lidhautbrand durch Ernährungsstörungen bedingt wird. Solche Ernährungsstörungen können durch Syphilis, Diabetes, Typhus, senilen und infantilen Marasmus bedingt werden und der Zusammenhang zwischen dem Grundleiden und dem brandigen Zerfall kann offenbar nur dann verstanden werden, wenn wir annehmen, daß eine auf der Basis des Grundleidens zur Entwickelung gekommene Endarteritis der Lidarterien eine Unterbrechung der Blutzirkulation und lokalen Tod bewirkt. Freilich kann dasselbe auch durch eine Embolie der zuführenden Hauptarterie geschehen, aber ein solcher Fall mag sich selten genug ereignen, und noch seltener wird es vorkommen, die Diagnose mit Bestimmtheit stellen zu können. So viel können wir aber, in erwägender Betrachtung der vorliegenden anatomischen Verhältnisse, mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit annehmen, daß diese Verhältnisse für einen gelegentlichen Verschluß der zuführenden Arterie sehr günstig sind und demgemäß auch die Entstehung des Brandes der Lidhaut erklärt werden kann. Ich will gleich an dieser Stelle hervorheben, daß speziell unser Fall auf keine andere Weise erklärt werden kann, als wenn wir annehmen, daß die Blutversorgung der Augenlidhaut durch Verschluß der Hauptzufuhr aufgehört hatte.

Betrachten Sie diese Zeichnung, welche die äußeren Arterien der Lider und ihrer Umgebung repräsentiert und die ich aus Merkel und Kallius Buche über die makroskopische Anatomie des Auges genommen habe. Sie sehen, wie dünn die Gefäßramifikationen sind, die vom inneren und äußeren Lidwinkel her die Haut versorgen und daß sie eigentlich nur miteinander kommunizieren, während vom Augenbrauenbogen her fast gar keine Collateralen sichtbar sind. Die vom inneren Winkel herkommende Art. palpebr. med. (pam.) ist übrigens stärker und von mächtigeren Stämmen (Art. nasal) entspringend, als die gegenüberliegende, aus einem dünnen Endaste der Art. lacrim. entspringende laterale Lidhautarterie. Stellen wir uns vor, daß diese letztere unterbunden würde, so wäre der Kreislauf fast auf der ganzen Lidhaut unterbrochen. Intakt bliebe er nur in der Zone parallel dem Lidrande, wo ein eigenes, mit den aus dem Tarsus stammenden perforierenden Zweigchen zusammenhängendes Arteriolennetz besteht, ferner unmittelbar am inneren Winkel, wo die etwas dickere Art. palpebr. medialis eintritt und mit ihren Zweigchen einen Teil der inneren Lidhaut versorgt. Und in der Tat sind auch in unserem Falle, wie Sie sich durch den Augenschein überzeugen können und wie auch die Photographie deutlich zeigt, nur die Zone der Lidrandhaut und eine Hautzunge des inneren Lidwinkels von dem Zerstörungsprozeß verschont geblieben. Ich bemerke noch, daß die Kommunikationen zwischen A. palpebr. med. und lat. nur von sehr engem Kaliber sein können, trotzdem sie von Merkel so sehr markiert sind, denn in den Abbildungen im großen Handbuche Henles wie im Lehrbuche Raubers sind sie überhaupt nicht verzeichnet und es figurieren die genannten Arterien als wahrhafte Endarterien, deren Verschluß unter allen Umständen lokalen Tod zur Folge haben müßte. In unserem Falle kommt noch das für die Kranke sehr ungünstige Moment hinzu, daß die Stirnhaut oberhalb der Augenbraue sehr zart und, wie bereits bemerkt, narbig war, weshalb von dieser Seite eine Ausbildung von Collateralästen ins Lid mit großen Schwierigkeiten verbunden sein mochte.

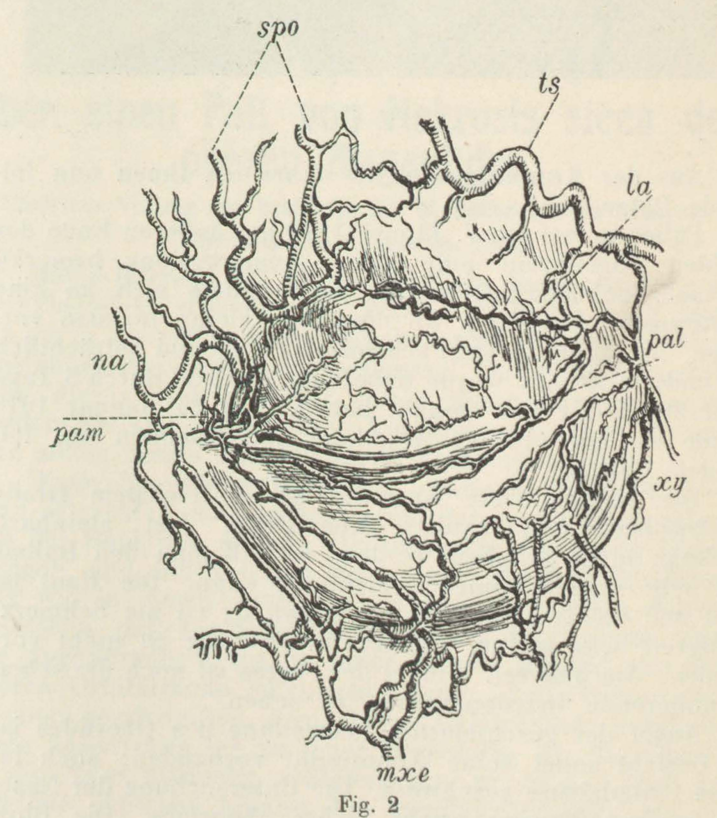


Fig. 2

Aeußere Arterien der Lider und deren nächste Umgebung. Die Lider; geschloßen. *spo* Arteria supraorbitalis; *ts* Art. tempor. superfic.; *pal* Art. palpebralis later.; *pam* Art. palp. med.; *mxe* Art. maxill. extern. *na* Art. nasalis; *la* Art. lacrim.

Auf die Frage, was in unserem Falle den supponierten endarteritischen Verschluß der Art. palp. lat. verursachte, können wir überhaupt keine bestimmte Antwort erteilen. Die Kranke ist wohl in geringem Grade anämisch,

aber die genaueste Untersuchung der inneren Organe hat kein solches Moment zutage gefördert, dem eine causale Beziehung zugebilligt werden könnte. Vermutungsweise können wir nur aussprechen, daß jene Inzision, die vor der Aufnahme der Patientin am äußeren Lidwinkel ungefähr an der Stelle des Eintrittes der Art. palp. lat. gemacht worden war, eine lokale Erkrankung der Arterie zur Folge hatte.

Beitrag zur Kenntnis der Verletzungen der Sehnerven bei Nasenoperationen.

Von **Dr. O. Purtscher** in Klagenfurt.

(Nach einer Mitteilung in der vorjährigen Junisitzung des Vereins der Aerzte Kärntens.)

Hochgeehrte Kollegen! In Anbetracht der weittragenden Wichtigkeit der Sache erlaube ich mir Ihnen heute die Gesichtsfelder einer Frau vorzulegen, die mich am 26. April 1909 konsultierte.

Frau Elise Z., 35 Jahre alt, aus P., hatte sich im September 1908 an einer Universitätsklinik einer Nasenoperation unterzogen, und zwar der Entfernung zweier Polypen. Einer derselben sei nur klein, der andere dagegen nußgroß gewesen. Die Operation wurde durch die Nase ausgeführt. Sie habe sofort nach dem Eingriffe eine Sehstörung am rechten Auge bemerkt und will unmittelbar nach ihrer Rückkehr in das Krankenzimmer eine Zimmergenossin befragt haben, ob ihr das rechte Auge „zugefallen" sei, da sie auf demselben nichts sehe, was aber von der Befragten verneint wurde. Erst etwas später habe sie auch am linken Auge eine Sehstörung wahrgenommen.

Nach eingezogenen freundlichen Erkundigungen eines Fachmannes an der betreffenden Klinik soll damals ein Eingriff mit Schlinge an der mittleren Nasenmuschel gemacht worden sein.

Nach Angaben der Kranken soll die Sehkraft später noch etwas abgenommen haben.

Der Befund war folgender:

Leichte Divergenzstellung des rechten Auges. Beide Augen sonst äußerlich normal. Beide Pupillen normal weit, rechte schwach, linke gut auf direkten Lichteinfall reagierend. Hemianopische Pupillenreaktion trotz wiederholter genauer Prüfungsversuche nicht sicher nachweisbar. S. R. Fingerzählen auf etwa 0·8 Meter, nach unten und innen. L. 3/XVIII. Gläser nicht besser. Farben wurden nur links erkannt. Rechter Sehnerv blaß, grünlichweiß, sehr scharf begrenzt; nach außen stark entwickelter Adernhautring. Der linke Sehnerv zeigte besseres Aussehen, war aber gleichfalls viel blasser als normal, besonders temporal. Gefäße beiderseits mäßig verengt. Keine Reste von Neuritis.

Ich erlaube mir, Ihnen hier die Aufnahme der Gesichtsfelder vorzulegen, die unser höchstes Interesse erregen müssen.

Es handelt sich, wie Sie auf den ersten Blick sehen, um eine komplete bitemporale Hemianopsie. Es fehlt aber außerdem rechts noch der ganze obere innere Quadrant; ferner sehen Sie eine sehr erhebliche Einengung der peripheren Grenzen des einzig noch nachweisbaren unteren inneren Quadranten, der direkt nasal nur bis zu 20°, nach unten innen bis 40° bezw. 43° reicht. Endlich fehlt ein an die vertikale Trennungslinie des Gesichtsfeldes unten innen angrenzender Keil des inneren unteren Quadranten in einer Breite von 20°.

Aber auch am linken Gesichtsfelde sehen Sie ein Uebergreifen des temporalen Defektes nach unten innen in Form eines peripheren Keiles, dagegen eine minimale Ausbreitung der sehenden Gebiete um wenige Grade zunächst dem Fixationspunkte — wie so oft auch bei homonymer Hemianopsie.

Es besteht somit, kurz zusammengefaßt, beiderseitige komplete temporale Hemianopsie, ferner ein Fehlen des ganzen oberen inneren Quadranten am rechten Auge, endlich eine Einengung beider unteren inneren Quadranten, welche links nur von kleinerer Ausdehnung, rechts aber sehr beträchtlich ist.

Welche Folgerungen ergeben sich aus diesem Befunde für uns?

Nach den bestimmten Angaben der intelligenten Patientin haben wir keinen Anhaltspunkt, einen innigen Kausalnexus zwischen dem operativen Eingriffe in der Nase und der höchst charakteristischen Sehstörung zu bezweifeln.

Schon vor Jahrzehnten sprach Uhthoff die Ueberzeugung aus, daß die Zahl der damals sog. idiopathischen Sehnervenatrophien mit fortschreitender Erkenntnis der aetiologischen Momente endlich auf eine minimale Zahl eingeschränkt werden würde. Seine Voraussagung hat sich bereits glänzend erfüllt. Insbesonders hat das Studium des Einflusses pathologischer Prozesse der Nsae auf das Auge auch auf dem Gebiete der Sehnervenerkrankungen höchst befruchtend gewirkt und die einst so große Gruppe aetiologisch unerforschter Sehnervenleiden in ungeahntem Maße verkleinert. In erster Linie haben die bahnbrechenden anatomischen Studien Onodis zu diesem siegreichen Feldzuge beigetragen. Dieser Forscher machte 1907 in Heidelberg*) Mitteilung, daß er an seinen Präparaten nicht weniger als 35 verschiedene Formverhältnisse in Beziehung der Lage der hintersten Siebbeinzellen und Keilbeinhöhlen zum Verlaufe des Canalis opticus feststellen konnte. Beziehen sich seine Ausführungen auch hauptsächlich auf Erkrankungen, bezw. eiterige Prozesse der betreffenden Nasennebenhöhlen, so geht aus ihnen gleichwohl klar hervor, daß operative Eingriffe in der Nase sehr leicht zu Verletzungen der Sehnerven, ja selbst des Chiasma führen können, und zwar besonders Eröffnung bezw. Ausräumung der obgenannten, zuhinterst gelegenen Höhlen.

Onodi**) verwies in der Sitzung vom 19. Mai 1907 der ungarischen ophthalmologischen Gesellschaft auch auf konkrete Fälle, so auf jenen von Hirschberg-Jansen. Die stattgehabte Verletzung erkläre sich leicht, wenn man berücksichtige, daß nach seinen Forschungsergebnissen der Canalis opticus mit dem Sehnerven 6—12 mm lang frei in der hintersten Siebbeinzelle und in der Keilbeinhöhle verlaufen könne.

Im Hirschberg-Jansenschen Falle war die Operation eines Empyemes der rechten Kieferhöhle, der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle mit Verletzung des Sehnerven verbunden. Die Sehstörung war die direkte Folge einer Laesion des Opticus gelegentlich der Ausräumung der beiden letztgenannten Nasennebenhöhlen durch die Kieferhöhle.

In Fällen, wo nach Killianscher Operation (Fall Freudenthal) oder nach Operation an der Nasenscheidewand schwere Sehstörungen auftraten, erklären sich nach Onodi durch indirekte Fraktur des Canralis opticus. Sowohl die hintere Siebbeinzelle als die Keilbeinhöhle können nur mit dem kontralateralen Canalis opticus in enger Verbindung stehen. Onodis Präparate erlauben sehr wohl die Erklärung einer indirekten Fractur des Canalis opticus als Folgeerscheinung einer endonasalen Meißelung. Im Falle Lehmanns,***) wo links eine dorn-

*) Die Aetiologie der contralateralen Sehstörung und Erblindung nasalen Ursprunges. Bericht des XXXIII. Vers. d. Ophth. Ges. z. Heidelberg, S. 153.

**) Ref. Zeitschrift f. A. XVIII., S. 86.

***) Siehe bei Laas. Zeitschrift f. A. XVIII. 2., S. 149.

artige Exostose im hinteren Abschnitte der Nasenscheidewand mit einer elektrisch getriebenen Säge abgetragen worden war, kam es zu gleichseitiger Erblindung und temporaler Hemianopsie des anderen Auges.

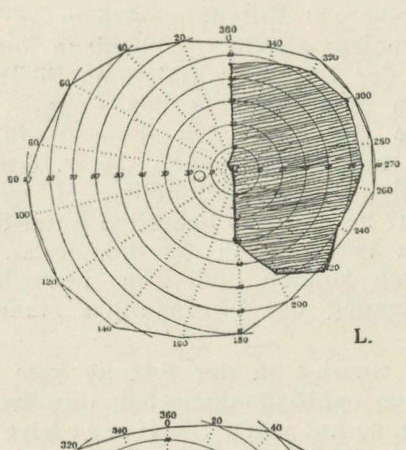
Nach dem variablen topographischen Verhalten, wie Onodi es nachgewiesen hat, erklärt sich diese Tatsache gleichfalls sehr einfach. Es kam nicht nur zur Laesion des Opticus, sondern auch des Chiasma.

Die charakteristische, plötzlich während eines operativen Eingriffes eintretende Sehstörung in unserem Falle setzt natürlich auch eine Laesion des Chiasma voraus. Unser Fall erinnert geradezu an das bekannte Experiment Nicatis an Katzen, wo nur ungekreuzte Bündel erhalten blieben. Allerdings sind strikte, dieses Experiment imitierende Verletzungsfälle seltenste Vorkommnisse.

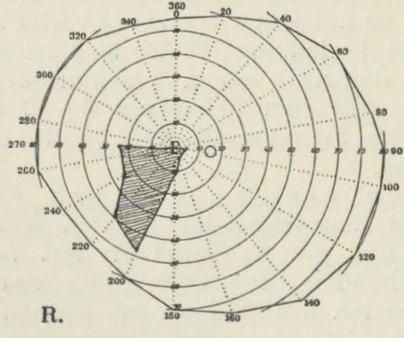
Es liegen in der Literatur eigentlich nur vier Fälle vor; der Fall von Schoeler und Uhthoff,†) wo es in einem Falle schweren Schädeltraumas durch einen stürzenden Baum zu scharf ausgesprochener temporaler Hemianopsie beiderseits gekommen war, woraus diese Autoren Auseinandersprengung des Chiasma in der sagittalen Mittellinie diagnostizierten.

Zweitens ein Fall von O. Lange††) nach Sturz auf dem Straßenpflaster. Die erhaltenen Gesichtsfelderhälften waren ganz intakt.

Drittens ein Fall eigener Beobachtung von Wilbrand und Saenger,†††) nach Sturz 20 Fuß tief in den Schiffsraum. Endlich ein anatomisch erwiesener Fall von Liebrecht.*)



L.



R.

Fälle weitergehender Zerreißung des Chiasma liegen vor von Nieden.**) Fall I: links Amaurose, rechts temporale Hemianopsie; II: rechts Amaurose, links Einengung der Gesichtsfeldgrenzen im Sinne temporaler Hemianopsie.

Ferner ein Fall von Peretti.***) Bitemporale Hemianopsie nach Schädeltrauma durch ein Stück Holz. Später Abnahme der Sehschärfe links bis zur Amaurose.

†) Beiträge z. Pathologie der Sehnerven und der Netzhaut 1884. S. 83. (zit. nach Wilbrand u. Saenger, III. 2).

††) Klin. Monatsbl. f. A. XLL., S. 419 (zit. nach Wilbrand und Saenger III. 2.)

†††) Siehe Wilbrand und Saenger, III. 2. S. 746.

*) Ebenda.

**) Archiv f. A. XII. 30 (zit. nach Wilbrand u. Saenger III. 2).

***) Festschrift z. Feier d. 50jährigen Jubiläums d. Vereines der Aerzte d. Reg.-Bez. Düsseldorf 1894. 267. (zit. n. Wilbrand u. Saenger).

Endlich der Fall von Kipp,†) wo gleichfalls nach Schädeltrauma links Amaurose, rechts temporale Hemianopsie aufgetreten war.

Die Zahl dieser Fälle ließe sich sehr vergrößern durch nicht traumatisch bedingte Fälle, in denen es sich um Hypophysentumoren handelte, die aber hier nicht in Betracht kommen.

Die oben angeführten Fälle waren traumatischer Natur, gehören insoferne noch in den Rahmen unseres Falles, doch waren die aetiologischen Momente von außen einwirkende gewaltige Traumen auf den Schädel.

Was die Art der Sehstörung in unserem Falle anbelangt, so hält sie ungefähr die Mitte zwischen den zwei angeführten Gruppen, sie fällt noch in die bitemporale Hemianopsie, erinnert aber hinsichtlich des rechten Auges schon etwas an die einseitigen Amaurosen.

Sicher ist, daß in unserem Falle eine sagittale Durchtrennung des Chiasma stattgefunden haben mußte. Da aber rechts auch Hemianopsia superior bestand, mußte auch eine völlige Zerstörung der unteren Partie des rechtsseitigen ungekreuzten Bündels stattgefunden haben, ferner eine minder tief greifende beiderseitige, doch rechts ausgedehntere Laesion der oberen Partien der ungekreuzten Fasern.

Es liegt auf der Hand, daß besonders disponierende, ungünstige Verhältnisse vorgelegen haben mußten, die zu so schwerer Verletzung des Chiasma geführt hatten. Abgesehen von der außerordentlichen Variabilität der topischen Verhältnisse, von der oft nur seidenpapierdünnen, trennenden Knochenlamelle, muß noch hingewiesen werden auf die Möglichkeit einer Druckusur von Seite lange bestehender polypöser Wucherungen auf die knöchernen Wandungen der hintersten Nebenhöhlen, wie ja ähnliche Fälle bei Hypophysentumoren schon oft genug beobachtet wurden. So berichtet Zöllner 1908 über einen Fall, wo ein solcher Tumor das Keilbein durchwuchert hatte und in beide Augenhöhlen eingedrungen war und im Septum Narium bis in die Nasenlöcher gewuchert war. Auch Saenger hatte eine ähnliche Beobachtung gemacht. Erweiterung der Sella Turcica wurde ja auch durch „Röntgen"-Bilder des öfteren nachgewiesen.

Weit entfernt, eine Erklärung des Zustandekommens der Laesion in unserem Falle versuchen zu wollen, was ja in Ermangelung einer Autoskopie ausgeschlossen erscheint, halte ich den Fall als solchen speziell für den Rhinologen für so wichtig, daß seine Mitteilung gerechtfertigt erscheint, um die Kenntnis solcher Ereignisse nach Möglichkeit in weitere Kreise dringen zu lassen.

Gerade seit der Klarstellung früher rätselhafter Verhältnisse durch Onodi wird der Rhinologe mit doppelter Vorsicht an Eingriffe in den Nebenhöhlen herantreten müssen, und wird die Erinnerung solcher Fälle dazu beitragen, ihn wie seine Patienten vor peinlichen Ueberraschungen zu schützen.

Gerade auf das aetiologische Moment unseres Falles, der diesbezüglich ein Unikum darstellt, sei das Hauptgewicht gelegt.

Aus der Unfallspraxis.

Von Privatdozent **Dr. Lud. Schmeichler**, Brünn.

Der Augenarzt, der häufig Gelegenheit hat, Unfallverletzungen zu begutachten, wird in einer Reihe von Fällen auf den ersten Blick den Zusammenhang zwischen dem Trauma und den vorhandenen Veränderungen erkennen. Es sind dies Fälle, wo der Unfall und seine Folgen auf dem Auge und seiner Umgebung — man könnte sagen — aufgeschrieben sind, so z. B. nach Pulverexplosionen, nach

†) Transactions of the americ. Ophth. Soc. 1902. 570. (zit. nach Wilbrand u. Saenger III. 2).

welchen man auf der Oberfläche des Auges und seiner Umgebung Pulverkörnchen eingesprengt findet, die der Haut das bekannte leichtgraue Kolorit geben. Es sei weiter hingewiesen auf Hornhautverletzungen mit schneidenden Instrumenten, wo die Form der Narbe von vornherein die Diagnose gibt, auf viele Fälle von Kalkverätzungen u. dgl. Andererseits gibt es schwierige Fälle, wo nach genauer Aufnahme des Status, trotz gewissenhafter Eruierung der Anamnese, trotz Prüfung des Tatbestandsprotokolles und des Berichtes von Seite des erstbehandelnden Arztes der Zusammenhang zwischen dem objektiven Befund und dem angeblich erlittenen Trauma nicht, oder nur schwer konstruiert werden kann. Namentlich der Bericht des erstbehandelnden Kollegen, der am besten zur Aufklärung der Sachlage beitragen könnte, versagt hier oft. Ich will hier nicht in Erwägung ziehen, daß der Arzt von dem Kranken über die Entstehungsursache seines Leidens absichtlich oder unabsichtlich irre geführt wird. Es sind noch andere Momente schuld daran, daß der zur Deutung des Falles oft so wichtige Bericht des erstbehandelnden Kollegen am Lande (und um solche Fälle handelt es sich zumeist, denn in der Stadt wird der Patient gewöhnlich dem Augenarzt zugewiesen), zuweilen versagt und keine Aufklärung über Anfangsbefund und Entstehungsursache gibt. Der Arzt, der vielleicht in Jahren eine Augenverletzung sieht, unterschätzt die ersten Folgen derselben; im Drange seiner Praxis vergißt er, sich Aufzeichnungen zu machen, und ist dann nach Monaten, bei Abgabe des Schlußberichtes, auf sein Gedächtnis angewiesen. Dazu kommt, daß viele Hornhautverletzungen erst in Behandlung kommen, wenn sich ein fortschreitendes Geschwür entwickelt hat. Wie schwer ist es da oft dem geübten Spezialisten, zu entscheiden, ob das angegebene Trauma wirklich stattgefunden.

Aber auch psychologische Momente werden hie und da den Bericht beeinflussen. Es besteht noch immer unter den Arbeitgebern, namentlich aber unter den Arbeitnehmern ein Vorurteil gegen die Unfallversicherungsanstalt. Besonders die letzteren halten diese für ein Institut, das Reichtümer ansammelt, von denen sie dem Verletzten so wenig als möglich geben will. Es muß nicht hinzugefügt werden, wie unrichtig diese Ansichten sind und daß, je gerechter jeder Fall beurteilt wird, desto mehr Arbeitnehmer und -Geber dabei gewinnen. — Der Arzt vom Lande nun, dessen Ruf und Erwerb viel mehr als in der Stadt von dem Urteil des Einzelnen abhängig ist, kann in Gefahr kommen, sein Brod zu verlieren, wenn er dem angeblich durch Unfall Verletzten keinen Glauben schenkt. Unter solchen Umständen darf man sich nicht wundern, daß der Arzt zuweilen — gewiß unabsichtlich und nicht gegen sein besseres Wissen — die Aussagen des Mannes für wahr halt.

Andererseits darf man nicht außer acht lassen, daß gerade der erstbehandelnde Arzt dem Kranken gegenüber — ob eine Verletzung vorliegt oder nicht — sich in viel besserer Position befindet, als der begutachtende Arzt nach Monaten oder Jahren. Im Beginn der Behandlung ist der Mann nur von seiner Erkrankung in Anspruch genommen, er hat noch keine Begehrungsvorstellungen, er denkt noch nicht daran, das Leiden materiell auszunützen, es fehlen daher die Gründe für Aggravation oder Simulation.

Der Bericht des Arztes, das sollte nie vergessen werden, geht durch die Hände von Laien (Beamte der Versicherungsanstalt, Schiedsrichter). Sie sind leicht geneigt, wenn durch den begutachtenden Augenarzt eine andere Klärung des Falles erfolgt, über die Kenntnisse des behandelnden Arztes abfällig zu urteilen — häufig mit Unrecht. Es ist daher geraten, wenn der Fall nicht klar liegt, sich im Bericht eine gewisse Reserve aufzuerlegen. Es ist ferner geraten, wenn der Untersuchte von dem erstbehandelnden Arzt der Augenabteilung eines Spitales übergeben wurde, eventuell vor Abgabe des Schlußberichtes dort anzufragen. Wie leicht eine solche Anfrage den Arzt vor Irrtümern bewahren kann, soll der folgende interessante Fall beweisen:

Eine 22 jährige Arbeiterin war bei der Dreschmaschine mit dem Hineinstecken von Garben beschäftigt, als ihr ein Fremdkörper gegen das rechte Auge flog. Sie habe sofort „ein Brennen verspürt“ und sich ein Tuch umgebunden. Zwei mitarbeitende Mädchen bestätigten dies. Am nächsten Tage konstatierte ihr Arzt eine Hornhautverletzung und schickte sie nach 5 Tagen ins Spital, wo sie drei Monate verblieb. Der erste behandelnde Kollege gab folgenden Schlußbericht ab: Die Cornea des rechten Auges ist narbig verändert, trüb, nur im oberen inneren Quadranten ist sie hell. Die Verletzte zählt Finger auf 2 M. Die Unfallversicherungsanstalt sprach ihr eine Einbuße der Erwerbsfähigkeit von 25 Prozent zu. Vielleicht hätte sie zeitlebens ihre Rente bezogen, wenn nicht ein schlechter Ratgeber sie bewogen hätte, an das Schiedsgericht zu appellieren. Dieses erkannte ihr wohl eine 33 prozentige Invalidität für die Dauer von $1^1/_4$ Jahren zu, verfügte aber nach dieser Zeit eine neuerliche Untersuchung, die von mir vorgenommen wurde. Der Befund des Kollegen am rechten Auge wurde bestätigt, außerdem ein Iriskolobom nach oben (nach optischer Iridektomie) konstatiert. Was aber an beiden Augen sofort auffiel, war eine bedeutende Schwellung und samtartige Auflockerung der oberen Lidbindehäute, namentlich an der Uebergangsfalte, vor allem aber eine graue Verfärbung der Schleimhaut (Argyrose), besonders an den unteren Lidern. Auf Grund dieses Befundes glaubte ich, daß es sich um ein chronisches, lange mit Silbersalzen behandeltes Trachom handle. Wenn auch der Befund an der rechten Hornhaut nicht dezidiert für einen Zusammenhang desselben mit Trachom sprach, erbat ich doch vor Abgabe meines Gutachtens um Vorlage der Krankengeschichte des Spitales.

Diese ergab nun eine überraschende Aufklärung. Diagnose: Blenorrhœa acuta beider Augen. In der Anamnese heißt es: Die Affektion dauert am rechten Auge eine Woche, seit gestern auch am linken. Bei der Aufnahme war beiderseits Chemosis, die ganze rechte Cornea diffus getrübt, uneben; nach wenigen Tagen „Zerfall der Cornea“. Von einem vorausgegangenen Trauma ist in der exakt geführten Krankengeschichte nichts erwähnt.

Man könnte nun einwenden, daß zwei Arbeiterinnen den Unfall bestätigten. Doch weiß jeder, der mit Unfällen zu tun hat, welchen Wert meistens die Aussagen der Zeugen haben. Im vorliegenden Falle mögen übrigens die Mädchen Recht haben, daß die angeblich Verletzte über „Brennen“ klagte und sich ein Tuch umband. Den Unfall selbst, das angebliche Anfliegen eines Fremdkörpers werden sie gewiß nicht gesehen haben.

Der Fall wurde nicht als Betriebsunfall anerkannt und die Rente dem Mädchen entzogen. Es sei hier nur nebenbei bemerkt, daß Fälle, wo ein Zusammenhang zwischen vorhergehender Verletzung und darauffolgender Infektion bewiesen ist, als Betriebsunfälle aufgefaßt werden, wie ich einen solchen publiziert habe*): Einem Manne fällt ein Fremdkörper ins Auge, sein Mitarbeiter entfernt ihn; Tags darauf Blennorrhœ des Auges mit Ausgang in Erblindung. Der Verletzte hat eine gesunde Urethra. Er erhält die entsprechende Rente, weil als erwiesen angenommen wird, daß der Kamerad ihm beim Entfernen des Fremdkörpers das Trippersekret ins Auge wischte.

Mit dem folgenden einfachen Fall soll nun ein typisches Beispiel geboten werden, wie mangels einer Aufzeichnung des erstbehandelnden Kollegen die sichere Beurteilung des Falles für den Augenarzt erschwert, oft unmöglich wird.

Es handelte sich um einen 61 jährigen Eisenbahnarbeiter, der 7 Monate vorher angeblich eine Steinsplitter-

*) Wiener Medizinische Wochenschrift 1904.

verletzung des linken Auges erlitt, das schon vor dem Trauma eine zentrale Hornhauttrübung hatte. Die Untersuchung ergab: auf dem rechten unverletzten Auge einen stecknadelkopfgroßen, parazentralen, zarten Hornhautfleck, auf dem verletzten linken eine scharf abgegrenzte, halblinsengroße Trübung im Pupillarbereich, die überall gleich dicht und gleichfärbig war. Sonst alles normal. Der Mann will vorerst keinen Buchstaben an der Sehprobentafel erkennen, nach langer Untersuchung ist endlich rechts V. = $^6/_{12}$, am verletzten Auge will er blind sein, doch ergaben wiederholte Simulationsproben V.=$^6/_{60}$. Der Untersuchte behauptet, seit dem Unfall nichts mehr arbeiten zu können; frische Schwielen an den Händen beweisen die Unwahrheit dieser Aussage. Es sollte nun die Frage beantwortet werden, wie viel der Sehschwäche auf Konto der Verletzung zu setzen sei und welchen Grad jene vor dem Trauma hatte. Zu diesem Behufe wandte sich die Anstalt an den behandelnden Kollegen mit 3 Fragen: 1. welche Größe und Form hatte die Trübung annähernd, als der Mann nach der Verletzung in Behandlung kam? 2. Hat sich ein deutliches Geschwür entwickelt? 3. Hat sich die Trübung im Verlauf des Prozesses vergrößert und verdichtet? — Die Antwort auf diese Fragen klärte den Fall nicht auf und bewies, daß keine Notiz über denselben vorlag.

Der Unfall hat ja wenig Interesse und wenig Bedeutung; es soll nur damit bewiesen werden, wie klar derselbe zur Beurteilung gelegen wäre, wenn der Kollege sich am ersten Tage eine Figur mit der Trübung — eine Arbeit von einer Minute — angelegt, und wenn er vor allem ganz grob die Sehschärfe aufgenommen hätte. Ich meinerseits glaube, daß, — wenn überhaupt — nur eine nichtssagende Epithelverletzung vorgelegen hatte, die die alte Trübung nicht beeinflußte. Beweis dafür die gleichmäßige Dichte und Färbung der Trübung. — Da ich aber die Sehschärfe vor dem Trauma nicht kannte, mußte ich die Herabsetzung derselben nur durch die Verletzung bedingt annehmen und die Anerkennung der entsprechenden Invalidität beantragen.

Während die Beurteilung der vorher beschriebenen Fälle vom augenärztlichen Standpunkt wenig Interesse bietet, gehört der letzte in dieser Beziehung zu den interessanten und sehr komplizierten. Dies kommt auch äußerlich in dem Unfallsakt zum Ausdruck, der einen Band mit 119 Zuschriften, Antworten und Berichten bildet, darunter 11 von augenärztlicher Seite. Der Fall, der bis zu seinem vorläufigen Abschluß $4^1/_2$ Jahre dauerte, hat dreimal das Schiedsgericht beschäftigt.

Ein 44jähriger Schweißer in einem Röhrenwalzwerk erlitt nach seiner Angabe folgende Verletzung, bei der keine Zeugen anwesend waren. Beim Einschmelzen des Schweißofens ebnete er den Sand auf dem Boden desselben, es flog ihm ein Sandkorn ins linke Auge. Obgleich er Schmerz verspürte, arbeitete er weiter und meldete sich nach 15 Tagen krank. In der Unfallsanzeige heißt es dann: „Fremdkörperverletzung der linken Hornhaut mit Entweichung der Flüssigkeit aus der vorderen Kammer“. In derselben Unfallsanzeige wird die Frage: Wird die Verletzung eine Erwerbsunfähigkeit von mehr als 4 Wochen zur Folge haben? mit „Nein“, und die Frage, ob die Folge der Verletzung eine dauernde teilweise Erwerbsunfähigkeit sein wird, mit „voraussichtlich nicht“ beantwortet. Zwei Monate nach der Verletzung wurde er der Augenabteilung eines Spitales zugewiesen, wo Glaucoma inflammatorium des linken Auges konstatiert und die Iridektomie vorgenommen wurde. Einige Tage nach der Operation — sagt die Krankengeschichte — wurde beim Spiegeln geringe Linsentrübung in den hinteren Partien, Schlottern der Linse und mäßige glaucomatöse Exkavation gefunden. Patient wird mit reizfreiem Auge entlassen.

Bevor wir weiter gehen, müssen wir uns die Frage stellen, war die Linsenluxation schon da und das Glaucom die Folge davon? Dafür spricht nicht viel. Daß eine so geringgradige Luxation Glaucom mit Exkavation erzeugt, ist schwer anzunehmen; auffallend wäre auch, daß das Linsenschlottern nicht vor der Operation konstatiert wurde. Viel näher und klarer ist die Annahme, daß das Glaucom das Primäre war, und die zarte Linsentrübung und Zerreißung der Zonula Folgen der Operation (üble Zufälle, die dem geübtesten Operateur unterlaufen können) darstellen.

Fragen wir ferner, kann ein akutes Glaucom durch den oben beschriebenen angeblichen Unfall entstehen? Daß ein solches bei einem hiezu disponierten Auge durch ein heftiges Trauma hervorgerufen, wird angegeben. Nun müssen wir uns die Art der angeblichen Verletzung vor Augen halten. Ein Sandkorn aus dem Schweißofen soll gegen das geöffnete oder geschlossene Auge geflogen sein. Dies kann nur, wie mir der Professor der mechanischen Technologie an der hiesigen technischen Hochschule auseinandersetzte, explosionsartig aus der über 1000 Grad heißen Masse geschehen. Ein solcher Fremdkörepr müßte aber, sagt mein technischer Gewährsmann, eine tiefe lokale Verbrennung erzeugen; so z. B. flog ihm selbst aus der Masse ein Stückchen gegen die Brille und war sofort mit dem Glase verbacken. Daraus ist zu ersehen, daß die Verletzung in der Weise, wie der Schweißer sie schildert, kaum zustande gekommen sein kann.

Nun hat der erstbehandelnde Arzt 15 Tage nach der Verletzung „Fremdkörperverletzung der Hornhaut mit Entweichung der Flüssigkeit aus der vorderen Kammer“ konstatiert und zugleich wurde auf derselben Seite der Anzeige die Verletzung als leichte (sie wird voraussichtlich keine Folgen haben) bezeichnet. — Fragen wir nun: Sollte 15 Tage nach dem Trauma wirklich die Kammer (nach Abfluß des Wassers) aufgehoben gewesen sein? Ist der intelligente Schweißer mit einer solchen Verletzung 15 Tage herumgegangen? Herumgegangen und hat schwer gearbeitet? Warum war die Folge der Hornhautverletzung — die Narbe — von all' den später begutachtenden Aerzten nicht zu finden?

Auf alle diese Fragen läßt sich mit einem hohen Grade von Sicherheit antworten, daß eine solche Hornhautverletzung überhaupt nicht stattgefunden hat.

Verfolgen wir nun die Leidensgeschichte dieses Falles an der Hand der Gutachten weiter. Sechs Monate nach der Iridektomie konstatierte ein Augenarzt schon deutliche Luxation der Linse nach außen oben. Von einem anderen wurde ein Jahr später Neuritis auf dem gesunden Auge mit Visus $^1/_6$ zum erstenmal gefunden. In den Gutachten der folgenden Halbjahre wird einmal von Neuritis, das anderemal von Hyperœmie der Retina gesprochen. Visus schwankt zwischen V. $^1/_6$—$^1/_{10}$. „die subjektiven Angaben des Mannes sind mit Mißtrauen aufzunehmen“, sagt ein ahnungsvoller Kollege. Schließlich ordnete das Schiedsgericht die Beobachtung in dem nächst gelegenen Provinzspitale an, (das keinen Augenarzt hat). Dasselbe konstatierte in seinem Gutachten neuerlich die Neuritis optica. „Die Angaben des Patienten sind durchaus glaubwürdig. Nur unter großer Anstrengung seiner Aufmerksamkeit“, heißt es weiter, „kann er im Zimmer und auf ebener Erde sich, ohne anzustoßen, bewegen, auf der Straße braucht er die Unterstützung einer zweiten Person“. Alles dies bei einem Visus von $^5/_{50}$. (Daß beim Visus $^1/_{10}$ nur Finger in $1^1/_2$ M. gezählt werden, wird als nicht auffallend neben einander gestellt.) Auf Grund dieses Gutachtens erklärte das Schiedsgericht den Mann als total invalid auf die Dauer von zwei Jahren.

In diesem Stadium wandte sich die Unfallversicherungsanstalt mit Vorlage des ganzen Aktes an mich mit der Anfrage, was für die nächste Zeit zu unternehmen wäre, da sie den Mann der Uebertreibung verdächtigte.

Nachdem es sich für die nächsten zwei Jahre um eine res judicata handelte und da der Mann eine ganze Tagreise hieher hatte, riet ich, von der neuerlichen Untersuchung abzusehen und ihn in seiner Heimat beobachten zu lassen. Im Jänner 1909 — 4 Jahre nach der Verletzung — wurde mir der Schweißer mit einem Gendarmeriebericht vorgeführt, der lautete: „Das Sehvermögen des Genannten ist tatsächlich derart schlecht, daß er nicht imstande ist, allein wohin zu gehen, sondern von einer Stelle zur anderen von seinen Angehörigen geführt werden muß, was nur zu deutlich die fast vollkommene Erblindung des . . . zeigt". — Die Untersuchung ergab: Rechtes Auge: Brechende Medien rein, die Grenzen der Papille vielleicht etwas weniger scharf, diese selbst, sowie die Gefäße und der übrige Fundus normal. Visus angeblich $^6/_{60}$, schließlich ergibt die Spiegelprobe und andere Prüfungen gut $^6/_{12}$, wahnscheinlich ist V. $^6/_6$. Am linken (verletzten) Auge Hornhaut rein, oben am Limbus zarte Operationsnarbe, Iris schlotternd, in der oberen Hälfte glattrandiges Colobom (Iridektomie). Die total getrübte Linse nach oben luxiert. Im Gutachten wies ich darauf hin, daß ich für sehr unwahrscheinlich halte, daß die Verletzung auf die von dem Manne angegebene Weise entstanden sei. Aber da es jetzt unmöglich sei, dezidiert nachzuweisen, daß vor vier Jahren keine Verletzung stattgefunden habe, so müsse der Zusammenhang einer solchen mit den gefundenen Veränderungen als vorhanden erachtet werden. Was das zweite Auge betrifft, so mag vielleicht der Sehnerv erkrankt gewesen sein, gegenwärtig ist er normal. Antrag: 33% Invalidität. Das angerufene Schiedsgericht schloß sich diesem Antrage an.

Es dürfte auffallen, daß die sonst so verläßliche Gendarmerie so unrichtige Informationen über den Mann gab. Das darf nicht Wunder nehmen, wenn man bedenkt, daß das Provinzspital sich von dem Mann täuschen ließ und ihm glaubte, daß er nicht ohne Führung herumgehen könne, bei einer zugegebenen Sehschärfe von $^1/_{10}$. Er hat den inspizierenden Gendarmen ebenso zum Besten gehalten wie die Aerzte.

Aber die Sache hat noch ein Nachspiel. Zehn Monate nach Abfassung meines Gutachtens wurde von einem Kollegen, der den Fall schon zwei Jahre vorher begutachtet hatte, am rechten Auge Cataracta incipiens konstatiert, zugleich aber bemerkt, daß diese mit dem Prozeß des linken Auges in keinem Connex stehe. Dem Manne wurde übrigens auf einer Klinik die luxierte Linse des verletzten Auges mit gutem Erfolge extrahiert, — die Sehschärfe soll entsprechend sein.

Resümieren wir alles, so würde ich den Verlauf des ganzen Prozesses in folgender Art für wahrscheinlich halten: Der Mann hat überhaupt keine Verletzung erlitten oder eine solche, die keine Störung erzeugte. 15 Tage nach dem angeblichen Unfall trat ein Glaucomanfall auf. Zwei Monate später wurde das Auge iridectomiert; nach derselben wurde eine zarte Linsentrübung und Schlottern der Linse konstatiert, (Folgen der Iridektomie), und ein halbes Jahr später wurde bereits eine deutliche Linsenluxation und progressive Cataracta gefunden. Was nun das zweite, rechte, Auge betrifft, so wäre es möglich, daß dasselbe, unabhängig vom Prozesse am linken Auge eine Neuritis durchgemacht hat, auffallend ist jedenfalls der Mangel eines diesbezüglichen Befundes und die erhaltene Sehschärfe. An diesem Auge entwickelte sich später eine Cataracta (senilis), das ersterkrankte Auge wurde mit Erfolg operiert.

Die Begutachtung des Falles wäre höchst einfach gewesen, wenn von dem erstbehandelnden Arzt ein klarer, den Tatsachen entsprechender Anfangsbericht vorgelegen wäre oder wenn er den Mann sofort an die Augenabteilung eines Spitales dirigiert hätte. In Berücksichtigung solcher Fälle, wie die angeführten, begreift man, wenn von Seite der Unfallversicherungsanstalten für den neuen Sozialversicherungsentwurf die Aufnahme einer Bestimmung verlangt wird, kraft welcher in gewissen Fällen den Anstalten eine gewisse Ingerenz auf die Behandlung nach der Verletzung eingeräumt werde.

Die Kompliziertheit der Fälle, wie der zitierten, würde entfallen, wenn jeder, die Erwerbstätigkeit vermindernde Defekt — unabhängig von seiner Entstehungsursache — seine Entschädigung finden würde. Der Ausbau der Invaliditäts-Versicherung ist ein dringendes, gerechtes soziales Postulat.

Über Idiosynkrasie für Kokain.

Von Privatdozent **Dr. Camill Hirsch** in Prag.

Meine Herren!

Der Wunsch, den chirurgischen Schmerz zu bannen, ist so alt, als das Menschengeschlecht selbst; die Nachrichten über die Bestrebungen, ihn zu beseitigen, reichen bis in die ältesten Zeiten zurück. Aber erst der Gegenwart war es nach unzähligen, meist auf Suggestion und Autosuggestion beruhenden Scheinerfolgen vorbehalten, tatsächlich schmerzlose Operationen zu ermöglichen. Schon die Erfindung der allgemeinen Betäubung durch Chloroform wurde als Segen für die Menschheit gepriesen, deren Indienststellung der Chirurgie Hekatomben an Menschenleben gekostet hat. Um so höher ist der Wert der Lokalanästhesie einzuschätzen, welche das Anwendungsgebiet der immerhin noch gefährlichen allgemeinen Betäubung bei chirurgischen Eingriffen einschränkte und dies immer mehr tat, je ungefährlicher für das Leben und die Gesundheit der Kranken ihre Anwendung wurde durch Herabsetzung der anfänglich starken Konzentration des angewandten Mittels und durch die Vervollkommnung der Technik.

Schleich hat durch seine Studien die Narkose auf sicheren Grundlagen gestellt und durch Einführung seiner Narkose mit [der Körpertemperatur] angepassten Siedegemischen der allgemeinen Betäubung viel von ihrer Gefahr genommen. Andererseits ist heute dank dem Ausbaue der Methoden der Lokalanästhesie die Narkose nicht nur bei kleinen Eingriffen überflüssig geworden, es lassen sich auch Operationen an der Blase, am Mastdarm, Hernien, ja auch viele Laparotomien ohne Narkose schmerzlos ausführen; und so nähern wir uns dem Ziele, welches der begeisterte Begründer und Apostel der Infiltrations-Anästhesie, Schleich, mit den Worten umschreibt: „. . . durch weiteste Einführung der Infiltrationsmethode wird sich der Narkosetod immer seltener ereignen und im Vereine mit der Anwendung der eingestellten Siedegemische werden vielleicht die Gefahren unserer Methoden der Schmerzbekämpfung, dieses würdigsten und schönsten Teiles ärztlicher Kunst, ganz ihrer Schrecken entkleidet werden."

Zwei Namen prangen am Eingange der wahrhaft segensreichen Aera der Lokalanästhesie: Koller und Königstein. Beide Forscher gingen 1884 selbständig und unabhängig von einander daran, die Wirkungen des Kokains auf das Auge zu erproben, und beide haben die anästhesierende Wirkung einer in den Bindehautsack eingetropften 2% [respektive 1%] Lösung auf die Augapfeloberfläche festgestellt. Koller war so glücklich, schon am 15. September 1884, wenige Wochen vor Königstein's Publikation, in einer durch Dr. Brettauer an die Versammlung deutscher Ophthalmologen in Heidelberg gemachten vorläufigen Mitteilung, die Tatsache der vollkommenen Anästhesierung der Conjunctiva und Cornea des Auges zum ersten Male ausgesprochen zu haben. In ihren fast gleichzeitig erschienenen Publikationen*) zeigen

---

*) Karl Koller: Ueber die Verwendung des Kokain zur Anaesthesierung am Auge. Wiener Medizinische Wochenschrift 1884 p. 1275. L. Königstein: Ueber das Cocainum muriaticum in seiner Anwendung in der Okulistik, Wiener Medizinische Presse 1884 p. 1312 und 1365.

sich beide Forscher der Bedeutung und Tragweite der Entdeckung speziell für die operative Augenheilkunde vollkommen bewußt. Die Schlussworte Königsteins: „Es war ein glücklicher Griff, die Coca dem okulistischen Medikamentenschatze einzureihen, dem sie wohl für immer einverleibt bleiben wird“, haben sich im vollen Umfange bewährt. Trotzdem das Kokain 1859 von Niemann aus den Blättern der Erythroxylon Coca dargestellt war, und schon lange seine anaesthesierenden Eigenschaften (auf die Zunge) bekannt waren; trotzdem Anrep schon früher darauf hinwies,**) daß die lokalanästhesierende Wirkung von Wichtigkeit werden könnte, datiert erst von beiden oben genannten okulistischen Publikationen der Siegeslauf der Kokainanaesthesie. Das Kokain hat sich in kürzester Zeit zu einem täglich und stündlich gebrauchten unentbehrlichen Mittel zur Erzeugung operativer Schmerzlosigkeit am Auge, im Kehlkopf, in der Nase und der Schleimhäute überhaupt aufgeschwungen und wurde auch bald durch Injektion von Kokainlösungen in die Gewebe der übrigen Chirurgie und der Zahnheilkunde dienstbar gemacht. Die methodische Ausbildung dieses Verfahrens als sogenannte Infiltrations-Anästhesie danken wir Schleich und Reclus. Erst in neuester Zeit ferner ist das Gebiet der Lokalanaesthesie auf Kosten der allgemeinen Narkose wesentlich erweitert worden durch Einspritzung in den Rückenmarkskanal, die „Anaesthesierung des Rückenmarks“.

Daß aber das Kokain durchaus keine so harmlose Substanz ist, möge folgendes Beispiel zeigen:

Einem 20jährigen grazil gebauten, etwas anämischen und nervösen Mädchen, das über katarrhalische Beschwerden klagte, verordnete ich ein Tropfwasser, welches $^1/_4$% Cocain. muriat. enthielt. Nach einigen Tagen kam sie mit der Erklärung wieder, sie könne die Tropfen nicht mehr anwenden, da sie 3 Tage nach einander, jedesmal nachdem sie morgens einen Tropfen ins Auge gebracht, in einen höchst unangenehmen Zustand geriet: Sie war wie betäubt, der Kopf drehte sich ihr, allgemeine Abgeschlagenheit und Schlaflosigkeit stellten sich ein; keine Uebelkeit oder Erbrechen. Der Zustand hielt den ganzen Tag an und kehrte am nächsten Tag nach der Einträuflung wieder; war aber sofort ausgeblieben, als sie die Eintropfungen sistierte. Rechnen wir 20 Tropfen der wässerigen Lösung auf 1 gr., so enthielt jeder Tropfen der angewandten Lösung 12hundertstel Milligramm Kokain. Diese, aber höchstens 24hundertstel Milligramm, genügten bei der Kranken, um sofort diese eklatante Giftwirkung von ganztägiger Dauer hervorzurufen.

Es ist selbstverständlich, daß im Laufe der Jahre eine ziemliche Zahl von Ersatzmitteln für das Kokain auf den Markt gebracht wurde, denen nachgerühmt wurde, daß sie die Toxizität des Kokain nicht besitzen: Holokain, Eukain, Tropakokain, Akoin, Alypin, Novokain. Es konnte aber bisher nicht sicher erwiesen werden, daß eines der Ersatzmittel von weniger nachteiliger Wirkung auf den Gesamtorganismus wäre, als das Kokain. Von einigen (Tropakokain und Novokain) wird es behauptet. Keines der Mittel ist aber dem Kokain in der anästhesierenden Wirkung überlegen und deshalb hat keines vermocht, das Kokain entbehrlich zu machen.

Die Wirkungsweise des Kokains haben wir uns nach dem heutigen Stande des Wissens*) so vorzustellen: Das Kokain ist ein universelles Protoplasmagift. Es affiziert das lebende Protoplasma überall da, wo es mit demselben zusammenkommt, indem es mit demselben flüchtige Verbindungen eingeht, welche vorübergehend die Funktion des Protoplasmas unterbrechen, sich schnell wieder zersetzen und zwar in die molekularen Bestandteile des Kokains, sodaß dieses als solches nicht wieder in den Kreislauf gelangt und in den Exkreten und Organen des vergifteten Tieres gar nicht nachweisbar ist (Wiechowski). Verschiedene Formen von Protoplasma sind nicht gleich empfindlich gegen Kokain; ein Protoplasma braucht größere Dosen, um vergiftet zu werden, als ein anderes. Die Empfindlichkeit der sensiblen Nervensubstanz gegen das Kokain ist eine außerordentlich große und deshalb ist demselben trotz seiner universellen Wirkung eine gewisse Spezifizität gegenüber den peripheren Nerven einzuräumen und die Bezeichnung des Kokains „als Sensitives Curare“ nicht so ganz unberechtigt. Auf dieser spezifischen Affinität und nicht, wie man zuerst glaubte, auf der durch das Kokain gleichfalls erzeugten Anämie beruht die lokalanästhetische Wirkung des Mittels.

Am Applikationsorte wird solchermaßen ein Teil des Kokains gebunden (örtliche Vergiftung); ein anderer Teil gelangt durch Resorption in die Blutbahn und mit entfernteren Organen in Berührung, dieser erzeugt die uns hier hauptsächlich interessierende allgemeine Kokainvergiftung. Das gegen das Kokain empfindlichste Organ ist das Zentralnervensystem und Störungen dieses beherrschen auch das klinische Bild. Auch hier ist es nicht die Hirnanämie, wie vielfach angenommen wird, sondern die unzweifelhaft spezifische Einwirkung des Giftes auf das Protoplasma der Zellen, welche die Erregung der Hirnrinde hervorruft. Man hat sehr bald beobachtet, daß Kokain häufiger unregelmäßig, atypisch wirkt und hat deshalb eine weitverbreitete Idiosynkrasie für das Mittel angenommen. Diese ist nun gewiß nicht so verbreitet. Die Ursachen der atypischen Wirkung sind folgende: das klinische Bild der allgemeinen Kokainvergiftung, d. h. derjenigen des Zentralnervensystems tritt dann ein, wenn das Blut, welches dieses Organ durchströmt, auch nur einen Augenblick das Alkaloid in einer für dasselbe wirksamen Konzentration enthält. Das wiederum hängt keineswegs allein von der eingeführten Kokaindosis ab, sondern von der Zeit, in welcher sie zugeführt wurde, d. h. von der Art der Applikation: Nur bei intravenöser Injektion erzeugt ein und dieselbe Quantität einer Kokainlösung von gleicher Konzentration auch stets dieselbe typische Wirkung. Bei subkutaner Injektion konzentrierter Lösungen hingegen, kann man häufig jene anscheinende Unregelmäßigkeit der Kokainwirkung beobachten, welche in der Geschichte der Kokainanästhesie eine so große Rolle spielt. Denn bei dieser Applikationsweise kann von einer genauen Dosierung nicht die Rede sein und wird hier Eintritt der Vergiftung bei ungewöhnlich kleinen, das Ausbleiben derselben bei relativ großen Dosen beobachtet, weil hier die Menge des in die Blutbahn gelangenden Kokains von nicht voraus bestimmbaren, die Resorptionsgeschwindigkeit beeinflußenden Umständen abhängt. Atypische Wirkungen wurden auch bei Anaesthesierung der Schleimhäute der Menschen beobachtet, wo eine genaue Dosierung unmöglich ist.

Uns interessiert hauptsächlich die allgemeine Toxizität bei der Anwendung in der Okulistik. Da finden wir in der Literatur ziemliche Uebereinstimmung über deren Ungefährlichkeit: Reichmuth*): „Was die Augenheilkunde betrifft, ist bei vorsichtiger Anwendung des Kokains eine Intoxikationsgefahr nicht vorhanden. Denn bei dem kleinen Operationsgebiete wird man bei Injektionen immer unterhalb der Maximaldosis bleiben können. Intoxikation durch Einträuflung in den Conjunktivalsack kommt fast nicht vor“.

Czermak und Elschnigs Operationslehre**): „Wird das Kokain bloß in den Bindehautsack eingeträufelt, dann ist eine Intoxikation wohl kaum möglich.“

**) Pflüger's Arch. f. d. ges. Phys. 21. Bd.

*) Wir folgen hier der Darstellung von Braun: Die Lokalanaesthesie etc. Leipzig 1905.

*) Zeitschr. f. Augenheilk. 1906, Bd. XVI. p. 216.

**) II. Auflage. Bd. I, p. 91.

Braun*): „Die Augenärzte, welche das Kokain am häufigsten anwenden, bemerken nur selten Kokainvergiftungen.“ Unter Weigands 26 Fällen publizierter Kokainvergiftungen bei okularer Anwendung befindet sich einer mit tödlichem Ausgange (Fall Bottard), auf den wir noch zu sprechen kommen werden.

Wird auf der einen Seite die Existenz einer häufiger vorkommenden Idiosynkrasie der Menschen gegen Kokain geleugnet, und die regelwidrigen Wirkungen des Mittels aus den Eigenschaften dieses selbst erklärt (Braun), sagt Lewin,**) daß, sobald die angewandten Mengen 0,2 gr. überschreiten, unter allen Umständen die Möglichkeit einer schweren Erkrankung droht. Er hebt hervor, daß eine durch „glückliche Körperanlage“ bedingte Toleranz gegen das Mittel beobachtet ist, so daß 0,2 bis 0,8 gr. häufig ohne tödlichen Ausgang eingeführt wurden, aber auch innerhalb der zulässigen Dosen (von $1/2$ mg. aufwärts bis 0,05 gr. gibt die Individualität den Ausschlag, ob Nebenwirkungen eintreten oder nicht. „Es ist zweifellos, daß bei manchen Kranken eine besondere Empfindlichkeit für dieses Mittel besteht; jedes Alter kann solche aufweisen; ein Ueberwiegen des Geschlechtes ist nicht festzustellen.“

Daß während der nicht ganzen drei Jahrzehnte seit der Anwendung des Kokains eine große Zahl schwerer Vergiftungen und auch Todesfälle bekannt geworden sind — und das ist gewiß nur ein Bruchteil der faktisch vorgefallenen —, ist bei der einzigartigen Wirkungsweise dieses Mittels kaum zu verwundern. Sie fallen zumeist in die Kinderjahre der Lokalanaesthesie, wo mit großen Konzentrationen gearbeitet nud fallen meist der hypodermatischen Anwendung der Chirurgen zur Last, nur spärlich der Anaesthesierung von Schleimhäuten. Deshalb, und weil in den meisten Publikationen die Konzentration der angewandten Lösung nicht angegeben ist, ist es schwer festzustellen, ob und inwieweit die Unverträglichkeit des Menschen gegen das Mittel verantwortlich zu machen ist. Sicher ist, daß mit fortschreitender Erkenntnis und Vertrautheit mit den Wirkungen und der Technik der Anwendungsweise die Zahl der bedauerlichen aber unvermeidlichen Opfer sich stetig verringert hat.

Fälle aber, wie unser oben erwähnter, sind direkt beweisend für das Vorhandensein der Idiosynkrasie, denn wenn wir auch annehmen wollten, was hier de facto nicht zutrifft, daß das ganze eingetropfte Quantum resorbiert, und durch den Blutstrom dem Gehirne zugeführt wurde, so kann doch bei der enormen Kleinheit der Dosis platterdings nicht davon die Rede sein, daß das Zentralnervensystem durchströmende Blut auch nur einen Augenblick eine irgendwie konzentriertere Lösung des Alkaloids enthielt. Der fast sofortige Eintritt der Vergiftungserscheinungen, ihre Intensität und Nachhaltigkeit können nur durch die absolute Unverträglichkeit des Organismus für das Mittel erklärt werden. Es liegt hier eben ein krasser Fall von Idiosynkrasie für Kokain vor. Würde man hier etwa eine 5prozentige Lösung, wie wir's ja zur Anaethesierung der Augapfeloberfläche täglich tun, in den Bindehautsack einbringen oder gar eine 2prozentige subkutan einspritzen, dann müßte man in diesem Falle auf die schwersten toxischen Wirkungen, eventuell auf einen fatalen Ausgang gefaßt sein. Es existiert ein Fall von tödlichem Ausgange einer Kokainvergiftung nach Einträuflung einer 2prozentigen Kokainlösung, publiziert von Bottard (La Normandie Med., 1887; cit. bei Braun l. c. p. 78), der einzige tödlich verlaufene vom Auge aus, ob man denselben, wie Braun meint, wohl „mit Recht“ anzweifeln muß, möchte ich nach vorliegender Erfahrung dahingestellt sein lassen. An welche Beschaffenheit des Organismus die Unverträglichkeit für das Kokain gebunden ist, ist nicht festgestellt. Die bisherigen Sektionsergebnisse bei Kokaintodesfällen waren eben so negativ, wie die reiner Chloroformtodesfälle. Erwähnen möchte ich hier nur, daß ich bei zwei weiteren Kranken eine hochgradige Ueberempfindlichkeit, wie die geschilderte, beobachtet habe, eine etwa 45jährige Frau, die ich durch längere Zeit mit rezidivierenden auf Trombose kleiner Netzhautgefäße beruhenden Blutungen, nachfolgender Retinitis proliferans, später rezidivierenden Glaskörperblutungen beobachtete und ein 60jähriger Mann mit Thrombose eines Astes der Zentralvene. Beiden wurde, zwecks Anaesthesierung zu subkonjunktivaler Kochsalzinjektion, einige Tropfen 5prozentiger Kokainlösung in den Bindehautsack eingebracht. Die Folgen, welche diese wiederholt erfolgte Applikation jedesmal hatte, waren bei beiden fast identisch: Schwindel, Hinfälligkeit, allgemeine Abgeschlagenheiten, Schlafsucht, Schwere in den Gliedern, Erschwerung der Bewegungen, zu deren Ausführung sie einer viel größeren Anstrengung bedurften, als normal; Energielosigkeit. Auch das Denken war erschwert und erforderte immer wieder erneuerte Konzentration. Dieser Zustand hielt bei dem Manne 2, bei der Frau, allmählich abklingend, mehrere Tage an.

*) L. c. p. 78.
**) L. c. p. 246.

Beide litten an Arteriosklerose der kleinen Gefäße, beide hatten konstant gesteigerten Blutdruck (Maxim. 195), die Frau hatte zeitweilig Spuren von Eiweiß im Harne, der Mann sonst nichts Abnormes; kein vitium cordis.

Nachträglich berichtet mir der Hausarzt des eingangs erwähnten Mädchens, daß dieselbe vor einigen Jahren einige Wochen darniederlag wegen einer Venenthrombose der linken unteren Extremität.

Lewin zählt an der oben zitierten Stelle als besonders empfindlich für das Kokain auf: körperlich heruntergekommene, nervöse Kranke und solche mit schweren Herzfehlern; ferner reagieren Trinker, Hysterische, Epileptiker oft unangenehm auf Kokain. Wir möchten nun als eine weitere Kategorie hinzufügen: Menschen mit Arteriosklerose der kleinen Gefäße, die sich klinisch hauptsächlich durch konstant hohen Blutdruck auszeichnen. Sie reagieren auf kleine Dosen Kokain intensiv und besonders nachhaltig.

Die absolute Idiosynkrasie für Chloroform, reiner Chloroformtod durch Synkope ist nicht allzu selten, 1:2000 Chloroformnarkosen. Und doch hält man sich die Gefahr nicht immer gegenwärtig; die absolute Idiosynkrasie für Kokain scheint ungeheuer viel seltener zu sein, um wie viel weniger wird man an die Möglichkeit eines Kokaintodes denken. Und doch sollte man sich jeden etwas genauer besehen, dem man heute unbedenklich eine Kokaininjektion zur Anaesthesierung verabreicht. Vielleicht könnte man ihm vorher probatorisch einen Tropfen schwacher Kokainlösung in den Bindehautsack eintropfen.

Über die Vorteile des Brillentragens kurzsichtiger Schulkinder.

Vom Spitalsordinarius **Dr. Maximilian Bondi** em. 1. Assistent a./d. I. Univers. Augenklinik in Wien.

„Der Lehrer hat mich hergeschickt, Sie möchten mir ein Glas verschreiben, weil ich nicht gut auf die Tafel sehe.“ Wohl jeder Augenarzt wird sich dieser stereotypen Redensart aus seiner Sprechstunde, noch häufiger vom öffentlichen Ambulatorium her erinnern. Für gewöhnlich bleiben die einleitenden Worte, daß nämlich der betreffende Schüler, resp. Schülerin über Auftrag des Lehrers und nicht über Wunsch der Eltern, sich an den Arzt um Verordnung eines Augenglases wendet, zu wenig beachtet. Noch weniger achtet man darauf, daß nicht selten die betreffenden Schulkinder direkt aus der Schulstunde — ohne Wissen der Eltern — vom Lehrer zum Arzte geschickt werden. In erster Linie gilt dies von

den Kindern armer Eltern; aber auch Kinder sogenannter besserer Stände holen häufig erst über Vorschlag des Lehrers, allein oder in Begleitung ihrer Angehörigen ärztlichen Rat ein. So kommt es, daß bei nicht wenigen Kindern erst durch die Schule auf ein Augengebrechen die Aufmerksamkeit gelenkt wird. Der Lehrer findet, daß ein sonst braves Kind dem Unterrichte nicht folgen kann, indem es selbst die größten, auf die Schultafel geschriebenen Buchstaben von der Schulbank aus nicht lesen kann. Zunächst hilft sich der Lehrer damit, daß er das betreffende Kind in die erste Bankreihe sitzen läßt, vorausgesetzt, daß das Kind seine anderen Mitschüler nicht an Größe überragt. Diese Maßregel weist aber nur in jenen Fällen einen Erfolg auf, in welchen es sich um eine mäßig herabgesetzte Sehschärfe, wie sie z. B. durch kleine Hornhautnarben oder dgl. bedingt ist, handelt. In jenen Fällen aber, in welchen es sich um einen Fehler des optischen Einstellungsapparates handelt, also z. B. schon bei einer Kurzsichtigkeit von 1 D aufwärts, sieht das Kind nicht oder nur schlecht auf die Tafel selbst aus der ersten Bankreihe, weshalb dem Lehrer nichts anderes erübrigt, als entweder die Eltern gelegentlich auf den Augenfehler des Kindes aufmerksam zu machen oder das Kind direkt an den Arzt behufs Verabfolgung einer Brille zu weisen. Also, dem Lehrer und nicht dem Wunsche der Eltern haben wir die Untersuchung so mancher Schüleraugen zu verdanken. Es ist dies hauptsächlich auf den Umstand zurückzuführen, daß beim großen Publikum noch immer eine gewisse Scheu vor dem Brillentragen besteht. Sonderbarerweise finden wir diese Scheu noch bei manchem Kollegen auf dem Lande, hauptsächlich wenn es sich um die Verordnung von Brillen bei Schulkindern handelt.

Obwohl die Brille seit mehr als einem halben Jahrtausend bekannt ist, konnte sich dieselbe doch nur schwer Eingang in die breiten Volksschichten verschaffen. Einem jeden, insbesondere in einer landwirtschaftlichen Gegend seine Praxis ausübenden Augenarzte ist es bekannt, daß ein von ihm dringend verordnetes Glas lächelnd vom Patienten abgelehnt wird. Aber auch in gebildeten Kreisen stößt man beim Verordnen eines Augenglases nicht selten auf Widerspruch und hat Gelegenheit, täglich Aussprüche zu hören, wie: „Nur nicht an ein Glas gewöhnen," oder „möglichst spät mit dem Tragen von Augengläsern beginnen" und dergl. Auch fürchtet man den „matten Glanz", welchen das Auge von der Brille erhalten soll.

Daß die Brille nur langsam und verhältnismäßig spät nach ihrer Erfindung in ihrem Werte erkannt wird, hat mannigfache Ursachen und darf uns nicht verwundern. Waren es ja früher gerade die Aerzte, welche das Tragen einer Brille nicht nur nicht empfohlen, sondern sogar davon abrieten, so insbesondere der Herausgeber der ersten deutschen Augenheilkunde, Georg Bartisch, in seinem 1583 erschienenen „Augendienst". Die Aerzte überließen damals — es kommt dies leider auch jetzt mitunter vor — die Auswahl der Brillen den Optikern und Händlern mit optischen Sachen, wie Uhrmachern, Goldarbeitern, ja selbst Kurz- und Galanteriewarenhändlern.

Den damaligen Aerzten kann dieser Vorgang deshalb entschuldigt werden, weil die Gesetze der Optik erst nach Erfindung der Brillen — nachweisbar fällt diese in das Ende des 13. Jahrhunderts — entdeckt wurden. (Kepler 1571—1630.) So kam es, daß man damals die Wirkung der Gläser als Werke der Zauberei und als Wunder ansah. Brillenträger wurden lächerlich gemacht und konnten sich nicht auf die Gasse wagen, ohne dem Gespötte sich auszusetzen. Dieses mittelalterliche Vorurteil besteht noch heute in manchen Kreisen unserer ländlichen Bevölkerung.

Erst im letzten Jahrhunderte gaben sich die Aerzte mit dem Verordnen der Gläser ab, was übrigens begreiflich wird, wenn man bedenkt, daß nicht viel mehr als ein halbes Jahrhundert verstrichen ist, seitdem man regelmäßig den Augenspiegel anwendet. Das Verdienst, die Lehre von den Brillengläsern wissenschaftlich aufgebaut zu haben, gebührt bekanntlich Donders, welcher seine diesbezüglichen, in verschiedenen Journalartikeln und kleineren Monographien veröffentlichten Untersuchungen in dem klassischen, im Jahre 1866 erschienenen Werke „Die Anomalien der Refraktion und Akkommodation des Auges" zusammenfaßte.

Von den anderen Ursachen, welche die Verbreitung der Brillen erschwerten, wäre u. a. auch der anfänglich hohe Preis zu erwähnen, sowie der Umstand, daß die Brillen nur an sehr wenig Orten erzeugt wurden. Es konnten sich daher nur sehr reiche Leute die oft kunstreich und kostbar gefaßten Brillen anschaffen. Noch Mitte des 19. Jahrhunderts kostete in Berlin eine einfache Brille aus Flintglas den Preis von 4 Talern (= 15 Kronen).

Daß der Brille direkt ein Heilwert zugeschrieben werden muß, daß sie gleichsam als ein Medikament für das Auge aufzufassen ist, teilt auch heute nur ein verschwindender Bruchteil der Bevölkerung. Als Entschuldigung dafür kann man nebst dem Hauptgrunde der mangelhaften Belehrung u. a. hauptsächlich noch den Grund anführen, daß man gewöhnt ist, Medikamente nur aus Apotheken, und zwar in der Regel gegen ärztliche Vorschrift zu beziehen, während man sich die Brille bei jedem Uhrmacher, Goldarbeiter, ziemlich häufig bei Hausierern, welche mitunter des Schreibens und Lesens unkundig sind, ja sogar in den Krämerbuden auf den ländlichen Jahrmärkten aussuchen kann. Dazu kommt noch das in den letzten Jahren überhandnehmende marktschreierische Anbieten sogenannter augenkräftigender Wässer seitens geschäftskundiger, auf die Dummheit der breiten Massen spekulierender Kurpfuscher. Ich kann nicht stillschweigend über das letzte und verbreitetste dieser Mittel, über das sogenannte „Augenwol" hinweggehen. In den letzten 2—3 Jahren finden wir in den gelesensten größeren Tageszeitungen, noch häufiger in den kleinen Provinzblättern deutscher und tschechischer Zunge (soweit mir zugänglich) Inserate mit der Ueberschrift „Fort mit den Augengläsern". Interessenten erhalten eine kleine Gratisprobe eines angenehm riechenden Augenwassers, einen ziemlich ausführlichen Prospekt und einen großen Doppelbogen mit zahlreichen photographischen Abbildungen Dank sagender „Geheilter". Diese „instruktiven" Photographien können einem gedankenlosen Beobachter gegenüber ihre Wirkung nicht verfehlen, denn sie zeigen den Patienten vor Gebrauch des „Augenwols" mit einer Brille, nach Gebrauch des „Augenwols" aber ohne Brille. Es erinnert dies an die Bilder der nach Lourdes pilgernden Krüppel mit ihren Krücken, von Lourdes aber aufrecht und ohne Krücken rückkehrenden Gesunden. Es würde zu sehr den Rahmen des beabsichtigten Themas überschreiten, wenn ich alle in der Broschüre „Wie man gute Augen erzielt und erhält", II. Auflage, Verlag der „Augenwol"-Gesellschaft m. b. H., Berlin (Preis 1·50 Mark), niedergeschriebenen Unrichtigkeiten und Widersprüche hier anführen wollte. Doch sei es mir gestattet, nur zwei Sätze aus dieser Broschüre hier anzuführen:

1. „Brillen sind eine verhältnismäßig neue Erfindung und ich behaupte, daß es für die Menschheit besser wäre, sie wären nie erfunden worden usw." (Seite 4.)

2. „Im Interesse solcher Kunden, welche den gewöhnlich ziemlich hohen Preis für Brillen nicht zahlen wollen, hat der Direktor der „Augenwol"-Gesellschaft m. b. H. mit einem erstklassigen Optiker ein Uebereinkommen getroffen, nach dem dieser den Benutzern von „Augenwol" neue Augengläser zu bedeutend herabgesetzten Preisen unter Garantie der richtigen Nummer liefern wird." (Seite 14.)

Natürlich sind diese zwei Sätze nicht unmittelbar, wie hier, unter einander geschrieben, sondern finden sich in

derselben Broschüre an zwei verschiedenen Stellen. Man könnte glauben, diese Probe wäre imstande, jedem halbwegs aufgeklärten Laien die Augen zu öffnen. Nichtsdestoweniger sollten wir Aerzte solche Aussprüche und das marktschreierische Anbieten der „Heilmittel" nicht wie bisher vornehm ignorieren oder erhaben lächelnd darüber hinweggehen, sondern es als unsere Pflicht betrachten, aufklärend auf die breiten Massen zu wirken. Die Aerzte in der Großstadt haben gar keine Ahnung davon, wie bekannt und verbreitet das „Augenwol" auf dem flachen Lande ist. Die in der Broschüre angeführte und notariell bestätigte Angabe von nahezu 300.000 Sendungen dieses Medikamentes im Jahre 1907 klingt unglaublich, und doch hatte ich im letzten Jahre in meiner, zumeist landwirtschaftliche Kreise umfassenden Praxis nicht weniger als achtmal Gelegenheit, Patienten zu begegnen, welche eine oder mehrere Flaschen von „Augenwol", und zwar stets mit negativem Erfolge, angewendet hatten. Erst vor 14 Tagen hatte ich Gelegenheit, in meiner Sprechstunde einen Beamten zu untersuchen, welcher seit 20 Jahren wegen seines hypermetropischen Astigmatismus die Sehschärfe auf 1 korrigierende Zylindergläser trug, jetzt aber eine Flasche „Augenwol" behufs Entbehrung der Augengläser versuchte, selbstredend ohne Erfolg, so daß er um Verordnung neuer Gläser ersuchte.

Nach dieser kurzen Abschweifung mögen noch jene Gründe, welche gegen das Brillentragen seitens der Kinder im Speziellen von den Eltern angeführt werden, hier gestreift werden. Zunächst überschätzt man ganz bedeutend die Verletzungsgefahr der Brille. Trotzdem in manchen größeren Städten doch schon verhältnismäßig viele Kinder Brillen tragen, hört man fast gar nichts von einer infolge der Brille zustandegekommenen Augenverletzung. Ich selbst habe weder während meiner klinischen Assistentenzeit, noch jetzt in meiner 10jährigen Privatpraxis je einen Fall von Augenverletzung infolge des Brillentragens, sei es bei Kindern, sei es bei Erwachsenen — ich denke dabei auch an die zahlreichen, auf der Landstraße einhersausenden, bebrillten Radfahrer — gesehen. Im Gegenteil sind mir Fälle bekannt, wo Kurzsichtige infolge Nichttragens der Brille sich Verletzungen, z. B. in der Stirngegend, zuzogen. Für den Kurzsichtigen bedeutet daher die Brille eher einen Schutz gegen Gefahren.

Ein weiterer, dem Brillentragen der Kinder entgegengehaltener Hauptgrund ist die Eitelkeit. Daß diese beim weiblichen Geschlecht eine größere Rolle spielt, wir daher mehr Knaben als Mädchen bebrillt sehen, ist selbstverständlich. Aber auch Knaben einer Dorfschule sind nur in den allerseltensten Fällen — dabei intelligente, einsichtsvolle Angehörige vorausgesetzt — dazu zu bewegen, ein Korrektionsglas zu tragen. Daß eine Brille nicht zur Verschönerung des Gesichtes beiträgt, bleibt ja unwidersprochen. Doch handelt es sich hier ja nicht um Kosmetik, sondern um den hygienischen, resp. praktischen Vorteil, welcher den Schulkindern aus dem Brillentragen erwächst.

Ein der Eitelkeit nahestehender Faktor ist auch der Umstand, daß viele Eltern die Kurzsichtigkeit ihrer Kinder, insbesondere der Mädchen, nicht öffentlich zugeben wollen. Durch das Tragen des Glases wird ja ein optischer Augenfehler offenkundig. Ich kenne so manche Frau, welche als Mädchen das Ansinnen, ein Glas zu tragen, entrüstet zurückwies, aber kurz nach der Hochzeit sich mit einem Lorgnon, welches an einer langen, goldenen, mit Perlen durchsetzten Kette baumelte, der Oeffentlichkeit zeigte. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir annehmen, daß das Eingestehen der Kurzsichtigkeit in diesen Fällen teils die erfolgte Verheiratung, teils der Schmuckgegenstand wesentlich erleichterte.

Welches sind nun die Nachteile des kurzsichtigen, nicht ein Korrektionsglas tragenden Schulkindes? Ein solches Kind fällt häufig schon äußerlich durch seinen Gesichtsausdruck auf. Bekanntlich helfen sich viele Kurzsichtige, um in die Ferne besser zu sehen, damit, daß sie die Lider zusammenkneifen, blinzeln, wobei die Stirn in Runzeln gelegt wird. Auch versuchen manche Kinder mit dem Finger die äußeren Augenwinkel anzuspannen, wodurch ebenfalls die Lidspalte verkleinert und so infolge der Verkleinerung der Zerstreuungskreise auf der Netzlaut, ein deutlicheres Sehen ermöglicht wird. Daß auf diese Art die Kurzsichtigkeit geringen Grades zum Teile ausgeglichen wird, ist ja bekannt. Im Vormonate sah ich im Augenambulatorium unserer Krankenanstalt einen 13jährigen Bürgerschüler, welcher behufs Verordnung eines Augenglases kam. Bei der Vornahme der Sehprobe fiel sofort das eigentümliche Benehmen des Patienten auf. Der Patient hielt bei Prüfung des linken Auges die linke Hand in sagittaler Richtung am äußeren Augenwinkel, dabei mit dem Zeigefinger die Stirnhaut, namentlich oberhalb des Nasenrückens, herabdrückend. Auf diese Art erzeugte er eine Lidspalte von kaum mehr als 2 mm Höhe und erzielte ohne Glas eine Sehschärfe von $^{10}/_{10}$. Zu meinem Erstaunen fand ich ophthalmoskopisch eine Myopie von mindestens $3{,}_0$ D.

Was nun das Verhalten des kurzsichtigen Kindes in der Schule anlangt, so ist die erste Klage die, daß das Kind auf die Schultafel schlecht sieht. Infolge dieses Gebrechens ist das Kind genötigt, vom Nachbarschüler das auf der Tafel vom Lehrer Vorgeschriebene abzuschreiben. Es schreibt somit das kurzsichtige und nicht mit einer richtigen Brille versehene Kind nicht direkt das vom Lehrer auf die Schultafel Geschriebene ab, sondern benützt als Vorlage das vom Nachbarkinde Geschriebene. Wenn nun diesem Letzteren beim Abschreiben von der Schultafel ein Fehler unterlaufen ist, so ist ja die Wahrscheinlichkeit naheliegend, daß das kurzsichtige Kind diesen Fehler mit überträgt. Schon durch dieses Abschreiben vom Nachbarschüler dokumentiert sich das Kind den übrigen Kindern gegenüber als ein nicht vollwertiges. Weiter hat das kurzsichtige Kind gar keinen Vorteil von den verschiedenen, im Schulzimmer hängenden und dem Unterrichte dienenden Wandtafeln. Desgleichen entgehen einem solchen Schüler alle Demonstrationen, Experimentalversuche etc., welche vom Katheder aus vorgenommen werden. Ein kurzsichtiges, nicht Korrektionsgläser tragendes Kind kann sich also nicht wie ein vollsinniges Kind benehmen. Da aber unsere öffentlichen Schulen für vollsinnige Kinder bestimmt sind und den Einzelunterricht natürlich ausschließen, so muß ein solches, nicht vollsinniges Kind bedeutend erhöhte Anstrengungen machen, um nur halbwegs dem Unterrichte folgen zu können.

Aber auch außerhalb der Schule machen sich die Folgen der nicht korrigierten Kurzsichtigkeit fühlbar. Das Kind weiß, daß es bekannte Personen, z. B. seinen Lehrer, auf der Gasse grüßen muß. Das Kind erkennt jedoch oft den Lehrer nicht und unterläßt den Gruß. Da dieser letztere Umstand schon aus erzieherischen Gründen einem solchen Kinde ausgesetzt wird, wird dasselbe verdrossen. Es wird aber auch furchtsam und unselbständig und fühlt sich in einer stark belebten Straßen oder bei Menschenansammlungen unheimlich. Die weite Natur existiert für ein solches Kind nicht, da es nur auf das Nahesehen angewiesen ist. Es zeigt sich auch oft verträumt, in sich gekehrt und beschäftigt sich am liebsten mit Lesen. Kurz, ein solches Kind sieht die Welt nicht, wie sie wirklich ist, sondern im Nebelschleier, es kann aber, um es nochmals zu wiederholen, nicht als ein vollsinniges bezeichnet werden.

Setzt man nun diesem Kinde zum erstenmale eine die Sehschärfe voll korrigierende Brille vor, so kann man sich von der Freude überzeugen, welche das Kind sofort äußert: „Ich sehe jetzt alles", ist der erste Freudeausbruch. In ähnlicher Weise äußert sich auch der Starblinde unmittelbar nach der das Augenlicht wiedergebenden Ope-

ration. Begehen wir daher an dem kurzsichtigen Kinde nicht ein schreiendes Unrecht, wenn wir ihm die einfachste Abhilfe, eine Brille, vorenthalten? Und damit ist die eingangs gestellte Frage, ob Kinder schon im ersten schulpflichtigen Alter Brillen tragen sollen, beantwortet: Jedes kurzsichtige Schulkind hat frühzeitig das korrigierende Konkavglas zu tragen. Beim kurzsichtigen Schüler ist die Brille als ein integrierender Bestandteil des optischen Apparates des Auges anzusehen; durch die Brille erst wird der optische Apparat normalwertig. Das Konkavglas macht den Myoepen zum Emmetropen, nicht nur in Bezug auf seine Refraktion, sondern auch in Bezug auf die Verlegung seiner relativen Akkommodationsbreite.

Eine fundamental wichtige Frage ist nun die, ob die Kurzsichtigkeit im jugendlichen Alter voll zu korrigieren sei. Noch immer herrscht diesbezüglich keine volle Uebereinstimmung. Manche Aerzte sind der Ansicht, schwächere, die Kurzsichtigkeit nicht voll zu korrigierende Gläser zu verordnen. Das Vorurteil von der schädlichen Wirkung starker Brillen ist noch bis in die letzte Zeit auch unter Fachgenossen sehr verbreitet gewesen. Ein großes Verdienst Försters war es, mit einer Reihe sorgfältiger Beobachtungen dem Dogma von der Schädlichkeit der starken Konkavgläser entgegengetreten zu sein. Förster hat als erster die Bedeutung hervorgehoben, welche eine Verminderung der Konvergenz der Sehaxen durch vollkorrigierende Gläser auf das Fortschreiten der Kurzsichtigkeit haben könne.

Bezüglich der Korrektion der Kurzsichtigkeit im allgemeinen hörten wir ja genug häufig während unserer Studienzeit den als Axiom geltenden Satz: „Wir verordnen einem kurzsichtigen Auge das schwächste Konkavglas, mit welchem die beste Sehschärfe erzielt wird. Wenn wir daher finden, daß jemand — die Vornahme der Funktionsprüfung lege artis vorausgesetzt — mit —4 D eine Sehschärfe von $^{10}/_{10}$ erzielt, mit —3 D dagegen nur $S = {}^{5}/_{10}$ hat, so verordnen wir selbstredend das erstere Glas. Und trachten wir denn nicht, nach einer Staroperation dem Aphakischen die bestmöglichste Zylinderkombination zu verordnen, wenn wir durch dieselbe die Sehschärfe um $^{1}/_{10}$ heben können? Warum sollen wir also bei den myopischen Schulkindern auf einen ziemlich beträchtlichen, tatsächlich leicht erreichbaren Teil der Sehschärfe verzichten? Denn gar nicht selten beträgt bei Verordnung schwächerer als der vollkorrigierender Gläser die Einbuße $^{3}/_{10}$—$^{4}/_{10}$.

Auf Grund meiner Erfahrungen kann ich von einem schädlichen Einfluß vollkorrigierender Konkavgläser bei Schulkindern, deren Myopie nicht höher als 5—6 D beträgt, nicht sprechen; stets wurden die vollkorrigierenden Gläser gut vertragen. Dem Fortschreiten der typischen Schulkurzsichtigkeit wird nach meiner Ansicht durch vollkorrigierende Konkavgläser wahrscheinlich auch nicht Einhalt getan; das Tragen zu schwacher, nicht voll korrigierender Brillen oder gar der völlige Verzicht auf solche ist sicherlich nicht imstande, das Fortschreiten der Kurzsichtigkeit zu verhindern. Ich kann meine Ausführungen nicht anders schließen, als daß ich die Vollkorrektion der Myopie im schulpflichtigen Alter, allerdings nur nach vorausgegangener fachgemäßer*) Untersuchung dringendst empfehle.

---

*) Während des Niederschreibens dieser Zeilen stellt sich mir ein Bürgerschüler aus einer Nachbarstadt mit hypermetropischen Astigmatismus vor; derselbe hatte vor 8 Tagen ärztlicherseits eine Brille —2·5 D verordnet erhalten!

Beziehungen der Ophthalmologie zur Frauenheilkunde.

Von **Prof. Dr. K. A. Herzfeld** in Wien.

Die Spezialisierung der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis hat vielfach die berechtigte Befürchtung erweckt, es könnte dadurch zu sehr der Einseitigkeit Vorschub geleistet und der Zusammenhang der einzelnen Fächer mit der allgemeinen Medizin und der einzelnen Fächer zu einander sehr gefährdet werden. Diese Gefahr besteht in der Tat, und darum ist es Pflicht aller Lehrer und aller Spezialärzte, diesen Zusammenhang stets zu suchen und zu pflegen. Das wäre ein schlechter Chirurg oder ein schlechter Gynäkologe, der bei der Stellung der Diagnose und Prognose und bei der Festsetzung einer Indikation zur Vornahme einer Operation nicht auf den Gesamtorganismus und seine verschiedene Bezirke ebenso bedacht wäre, wie auf die pathologischen Vorgänge in seinem eigenen Fachgebiete. Insbesonders aber der Frauenarzt, dessen Tätigkeit die Funktionen eines bestimmten, den Gesamtorganismus schwer beeinflussenden Organsystems betrifft, darf den Zusammenhang mit der Gesamtmedizin nie verlieren, will er nicht die ihm anvertrauten Kranken schwer schädigen. Wenn ich heute die Beziehungen des Sehorganes zu den Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane zum Thema meiner Abhandlung wähle, so geschieht es, weil diese Beziehungen einerseits sehr innige sind, andererseits dieselben aber in der Praxis nicht genügend gewürdigt werden. Unter den zahlreichen, dieses Thema behandelnden größeren Publikationen ragen zwei durch ihre Gründlichkeit besonders hervor, und zwar sind diese: „Uterus und Auge" von Salo Cohn (Wiesbaden 1890) und „Gynäkologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie" von Ernst Runge (Leipzig 1908). Das genaue Studium dieser beiden Monographien kann nicht genug empfohlen werden, sind doch die Beziehungen der beiden Organsysteme außerordentlich innige und äußern sich in bedeutenden Störungen im Bereiche des Sehorganes, wenn bestimmte Veränderungen im weiblichen Geschlechtstrakte Platz greifen. Daß zwei so wichtige Ereignisse, wie das Erscheinen und Verschwinden der Funktion der Geschlechtsorgane, auf den Gesamtorganismus einen bedeutenden Einfluß üben, ist ohneweiters zu verstehen: Es kommt aber bei dem Eintritte der Pubertät und des Klimacteriums speziell am Sehorgane mitunter zu schweren Schädigungen, die natürlicherweise um so schwerer werden können, einerseits, wenn das Sehorgan schon a priori gelitten, und andererseits, wenn sich der Eintritt der Pubertät und des Klimacteriums überhaupt unter schweren Begleiterscheinungen vollzieht.

Solche Veränderungen in der Funktion des Sehorganes können zunächst auf rein hysterischer Basis beruhen, da es ja klar ist, daß eine diesbezüglich prädisponierte Kranke gerade zur Zeit des Eintrittes der Pubertät und des Klimacteriums eine bedeutende Exacerbation ihres krankhaften Nervenzustandes zeigt. Ist doch schon die Zeit der normalen Menstruation — auch wenn diese ohne schwerere Nebenerscheinungen auftritt — stets eine böse Zeit für solche Individuen und bedeutet doch jede mit irgend welchen dysmenorrhoischen Beschwerden einhergehende Menstruation in solchen Fällen eine exzessive Steigerung der Erscheinungen, um wie viel mehr erst wird die mächtige Veränderung, die das weibliche Genitale in erster Linie, der Gesamtorganismus in zweiter Linie durch die Pubertät und das Klimacterium erfährt, bedeutende Folgeerscheinungen im angedeuteten Sinne nach sich ziehen. Leichte Ermüdung der Augen, Beeinträchtigung der Sehschärfe, Empfindlichkeit der Konjunktiva, Flimmern vor den Augen, Oedem der Lider sind außerordentlich häufige Begleiterscheinungen. Im geringeren Grade kön-

nen sie sich zur Zeit jeder Menstruation zeigen, insbesonders, wenn es sich um chlorotische, anämische oder sehr herabgekommene Individuen handelt. Ist das betreffende Individuum mit einer pathologischen Affektion des Sehorganes behaftet, so kann der Eintritt der Menstruation, in erhöhtem Maße der Eintritt der Pubertät und des Klimacteriums eine verschieden starke Exacerbation der Erkrankung im Gefolge haben. Daß diese Erscheinungen zur Zeit des Klimacteriums durch die natürlichen Altersveränderungen mächtig gefördert werden können, liegt auf der Hand. Daß hier Sympathicuswirkungen vorliegen müssen, ist wohl leicht zu verstehen. Sehen wir doch bei Morbus Basedowi, sowohl bei der Form des echten Basedow, wie bei der forme fruste oft genug regelmäßig zur Zeit der Menstruation den Exophthalmus stärker werden, eine Erscheinung, die auch wieder bei einer etwa bestehenden Gravidität in den Vordergrund tritt. Bei Amenorrhoe oder bei Suppressio mensium, beim artifiziellen und beim spontanen Klimax praecox können vikariierende Blutungen in den Glaskörper oder in die Retina auftreten, die von schwerer Bedeutung sein können. Die Steigerung des Blutdruckes vor dem Eintritte der Menstruation kann einem zu Glaucomanfällen disponierten Auge verhängnisvoll werden. Amblyopie und Amaurose wird ebensowohl bei der Pubertät wie durch das Klimacterium bedingt konstatiert werden, und ebenso sind während des Klimacteriums Fälle von Sehnervenerkrankungen, insbesonders die graue Sehnervenatrophie, sicher beobachtet worden.

Einen besonders hervorragenden Einfluß auf die Verschlimmerung bestehender Augenaffektionen verursacht die Gravidität. Zunächst spielt da wohl der konstant sich steigernde Blutdruck eine wichtige Rolle. Blutungen in der Konjunctiva, Auftreten von Hornhautgeschwüren, die erst beim Eintritte der Geburt oder des Abortus ausheilen, Blutungen in die Retina, Störungen des Akkommodationsmuskels sind vielfach beobachtet worden. Eine der wichtigsten Affektionen des Auges, während der Schwangerschaft und durch diese verursacht, ist die Retinitis albuminurica, bedingt durch die einfache Schwangerschaftsniere oder einen echten Morbus Brighti. Die Beeinträchtigung des Sehvermögens kann eine bedeutende sein, sich bald rasch, bald langsam entwickeln und mitunter zu einer dauernden werden.

Insbesonders in solchen Fällen, wo schon vor Beginn der Schwangerschaft eine Nierenaffektion bestanden und dieselbe durch die Gravidität wesentlich exacerbierte, kann die Schädigung eine hochgradige sein. Sie gehört dann zum Symptomenkomplex der „drohenden Eclampsie“. Wir finden dann die bekannten Allgemeinsymptome, wie Oedem der Füße wie der Augenlider und der Vulva, stark gespannten Puls, verstärkten zweiten Pulmonalton, Eiweiß und Formelemente im Harne. Bei schweren Formen und insbesonders bei Eintritt der Eclampsie kann es zu Blutungen in den Glaskörper, wie in die Retina und mitunter zu plötzlicher Amaurose kommen. Die Prognose der Erkrankung hängt von der Schwere des Nierenprozesses ab. Je näher dem Eintritte der Geburt der Zeitpunkt des Beginnes der Affektion gelegen ist, umso günstiger ist die Prognose. Die Amaurose tritt, wie gesagt, oft plötzlich ein, mitunter im eclamptischen Anfalle, in anderen Fällen bereitet sie sich durch allmähliches Abnehmen der Sehschärfe langsam vor. In den Fällen plötzlich eingetretener Amaurose tritt die Heilung oft genug ebenso unvermittelt nach abgeschlossener Geburt ein, das Augenlicht kehrt plötzlich nach mehrstündiger, mitunter 1—2tägiger Amaurose wieder, in anderen Fällen stellt es sich allmählich wieder ein. Ob es sich in solchen Fällen um toxische Wirkungen auf die cerebrale Substanz oder aber um eine durch intracranielle Drucksteigerung bedingte mechanische Einwirkung auf das Chiasma N. opticorum handelt, ist nicht völlig sichergestellt. Eine dauernde Schädigung für das Auge bleibt nur in solchen Fällen zurück, wo auch nach Abschluß der Geburt und des Wochenbettes die Nierenaffektion nicht völlig zur Ausheilung kommt. Aber auch ohne das Vorhandensein einer Nephritis kann es während der Geburtstätigkeit zu Schädigungen des Sehorganes infolge der durch die Geburtstätigkeit mächtig gesteigerten Druckspannung im Gefäßsysteme kommen. So sind Fälle von Blutungen in die Conjunctiva, in den Glaskörper und in die Retina bekannt, welche auf diese Weise ebenso zustande kamen, wie auch Glaucomanfälle. Ein durch die Geburt bedingter starker Blutverlust kann sich in bedeutender Schwächung des Sehvermögens äußern und dies umsomehr, wenn es sich um ein schon vorher disponiertes Auge handelt. Ist schon das Wochenbett als solches geeignet, die Sehschärfe zu beeinflussen, so wird nach schweren Blutverlusten die Schädigung im Wochenbette umso größer sein. Es soll daher in den ersten Tagen des Wochenbette das Lesen im Bette ebenso verboten werden, wie nach vorhergegangenen schweren chirurgischen und gynäkologischen Eingriffen. Erkrankungen im Wochenbette können im Gefolge einer schweren Schwächung des Gesamtorganismus auch zu Schädigungen des Auges Veranlassung geben. Aber abgesehen davon, kann im Wochenbette durch eine Embolie der Arteria centralis retinae plötzliche und dauernde Erblindung auftreten. Ebenso können septische Prozesse im Wochenbette für das Auge deletär werden, wenn septische Metastasen zu lokalen Eiterungen oder zur Panophthalmitis führen. So wie akute Blutverluste während der Geburt und im Wochenbette, können lange Zeit hindurch andauernde größere Blutverluste infolge von Tumorenbildungen oder anderweitigen Erkrankungen des Uterus und seiner Adnexe das Sehorgan schwer beeinflussen.

Daß eine bestehende Gonorrhoe für das Auge verhängnisvoll werden kann, ist ja eine allgemein bekannte Tatsache, und daß eine gonorrhoisch infizierte Frau ihren eigenen Konjunktivalsack durch Uebertragung des Secretes infizieren kann, ist ja klar. Bei einer Gravida wird jedoch das Secret der gonorrhoisch erkrankten Vagina auch für das Auge des zu gebärenden Kindes gefährlich, und wir sind daher gezwungen, schon während der Schwangerschaft prophylaktisch vorzugehen, um womöglich die Affektion zu bekämpfen. Erfolgt jedoch die Geburt, ehe eine Heilung der Affektion möglich war, dann müssen wir dem Befunde des kindlichen Konjunktivalsackes unsere besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Mitunter kommt es während der Geburt auch zu anderweitigen Schädigungen des kindlichen Auges — was wir der Vollständigkeit halber hier noch erwähnen wollen. Bei großen Kindern und schwerem Durchtritte eines harten Schädels kommt es oft zu Blutungen in die kindliche Konjunktiva. Mechanische Verletzungen der Kornea wie der Augenlider können bei Gesichts- und Stirnlagen durch unvorsichtiges Touchieren zustande kommen. Schwerere Verletzungen bei schweren Zangenoperationen bei bestehenden Vorderhaupts- und Stirnlagen, sowie bei Gesichtslagen, insbesonders bei noch hochstehendem Kopfe sind zu wiederholten Malen beobachtet worden, als deren höchster Grad wohl die Luxatio bulbi angesehen werden kann.

Einige Beziehungen von Dermatosen zu Augenkrankheiten.

Von **Prof. Dr. S. Ehrmann— Wien.**

Der entwicklungsgeschichtliche Zusammenhang von Haut, Bindehaut und Hornhaut äußert sich auch im Uebergange mancher Dermatosen auf die dermalen Bildungen des Auges. Eine der häufigsten Erkrankungen der Lidhaut als Teilerscheinung derselben Anomalie der übrigen Gesichts- und Kopfhaut ist die Seborrhoea sicca. Die

histologische Untersuchung lehrt uns, daß die alte Anschauung — der die Seborrhoea ihren Namen verdankt —, es sei die fettig schuppende Auflagerung der Seborrhoea sicca erstarrtes Sekret der Talgdrüsen, zu Unrecht besteht. Es handelt sich vielmehr um krankhafte Bildung von unvollständig verhornenden, dagegen schnell verfettenden Hornzellen der Oberhaut. Nebenbei kann allerdings noch eine Hypersekretion der Talgdrüsen bestehen, aber diese beruht auf Ausscheidung eines öligen Sekretes (Seborrhoea oleosa).

Bekannt ist die Seborrhoea sicca des Lidrandes, weniger bekannt sind ihre Konsequenzen und Komplikationen.

Unna hat seinerzeit darauf hingewiesen, daß von jenen Stellen, welche am häufigsten Sitz der Seborrhoea sicca sind: Kopfhaut, Brust- und Rückenrinne, Achselhöhle, Genitalbeuge, eigentümliche, fettig schuppende Ekzeme ausgehen, welche in einzelnen Fällen sich über den ganzen Körper verbreiten und auch in typische, nässende Ekzeme übergehen. Er vergleicht sie — meiner Ansicht nach ganz richtig — mit Katarrhen der Schleimhäute und nennt sie Ekzema seborrhoicum „Neisser", mykotisches Ekzem. Eine parasitäre Noxe wurde hiebei angenommen, aber nicht erwiesen. Daß die Seborrhoea des Lidrandes ebenfalls den Ausgangspunkt solcher sich weitverbreitender Ekzeme bildet, ist übersehen worden. Ich finde wenigstens dafür keinen speziellen Hinweis in der dermatologischen Literatur. Die Lidhaut und ihre allernächste Umgebung bekommt einen gelblichen, schuppenden Anflug, wird dann ödematös, die Röte breitet sich über Hals und Brust aus, ohne daß die anderen klassischen Ausgangspunkte des seborrhoischen Ekzems: Kopf, Brust, Achselhöhle, mitbeteiligt sind oder auch nur eine Spur von Rötung zeigen.

Die Behandlung erst mit adstringierenden Umschlägen (mit verdünntem Liquor Burowii, dann Schwefelsalben) hat auch zunächst bei den Augenlidern einzusetzen.

Schon lange kennt man die zuerst von Arlt beschriebene Keratitis wei „Akne", die äußeren und inneren freiliegenden Anteile der Kornea betreffend. Zur Zeit, als Arlt sie zum erstenmale beobachtete, schieden die Dermatologen die Akne vulgaris nicht scharf von Akne rosacea. Die Keratitis wird aber nur bei der letzteren gefunden. Diese ist nicht, wie die Akne vulgaris, eine Erkrankung der Talgdrüsen, beziehungsweise ihrer Ausführungsgänge, die sich in Komedonenbildung äußert, wie die Akne vulgaris, sondern eine Entzündung der obersten Hautschichten überhaupt, mit Abschuppung über größere oder kleinere Flächen und chronischem Oedem des Papillarkörpers, lebhafter Rötung, zuerst in Form kleiner, schuppender, hellroter Papeln, dann diffus, mit Neubildung und Erweiterung der neugebildeten zarten Blutgefäße. Bei jeder verstärkten Herzaktion (infolge von Alkoholgenuß, nach Mahlzeiten, warmen Getränken) oder durch Erweiterung infolge von Kältewirkung (passive Hyperämie) füllen sich die Gefäße rasch, im letzteren Falle mit desoxidiertem Blut, im ersteren Falle mit arteriellem Blut. Davon rührt das verschiedene Aussehen der Akne rosacea her. Eiterung gehört nicht notwendigerweise zum Bilde der Erkrankung, die dann einfach als „Rosacea" bezeichnet wird. In der Regel ist ölige Seborrhoe der Gesichts- und Kopfhaut mit vorhanden. Die etwa sich bildenden Pusteln gehen nicht von Komedonen aus (Akne rosacea im engeren Sinne). Bei dieser Form entstehen nun flache, hirsenkorn- bis linsengroße, lebhaft rote Papeln auf der Lidhaut und dem Lidrand, fleckige und diffuse Rötungen der Conjunctiva und — allerdings in seltenen Fällen — die oben erwähnte Keratitis als Fortsetzung des Prozesses auf die embryologisch zur Haut gehörigen Schichten der Kornea. Wenn ich nicht irre, sprach schon Horfner von einem Katarrh der Hornhaut. Der Rosacea liegen oft schwere Störungen des Gesamtorganismus, namentlich harnsaure Diathese, zugrunde.

Ich kann diese Zeilen nicht schließen, ohne auf die Beziehungen von Seborrhoea, Syphilis und Psoasis kurz einzugehen.

Syphilis, Psoriasis und Lichen ruber teilen mit noch einigen wenigen seltenen Dermatosen die Eigenschaft, daß sie durch Reize, welche an bestimmten Stellen leichte, aber öfter wiederholte Hyperämien setzen, in reichlicherem Maße und häufiger als an anderen Stellen zur Eruption gelangen — Provokation. Als ein solcher Reiz wirkt die Seborrhoea sicca auch auf den übrigen seborrhoischen Hautstellen des Gesichtes. Man sieht an diesen, die Syphilide massenhafter und häufiger auftreten als auf anderen. So findet man sie um Nasolabialfalte, Kinnfurche, Stirn, Umgebung der Augenbrauen usw. angeordnet. Zu gleicher Zeit auch hanfkorn- bis linsengroße Papeln auf dem Lidrand, düstere rote Flecken auf der Konjunktiva, die makulöse Efloreszenzen darstellen und typische Schleimpapeln, die denen der Mundschleimhaut gleichen. In sehr seltenen Fällen konnte ich bei Individuen mit habitueller Seborrhoe der Lider Spätformen einseitig auf den Lidern beobachten, in Form serpiginöser Platten, die eben wegen dieses seltenen isolierten Sitzes und beim Mangel einer Anamnese diagnostische Schwierigkeiten darboten.*) Auch mit der Psoriasis hat die Seborrhoe der Augenlider nahe Beziehungen. Wie überhaupt beide Erkrankungen einander sehr nahe verwandt sind. Die Seborrhoe des Augenlides provoziert bei Psoriatikern dick schuppende Psoriasisknötchen auch auf dem Lidrand, eine Erscheinung, die manches pathologische Interesse bietet, auf die einzugehen aber den Rahmen dieses Aufsatzes überschreiten würde.

Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung.

Von **Prof. Dr. Sigm. Freud,** Wien.

Meine Herren Kollegen! Ich möchte Ihnen an dem Beispiel der psychogenen Sehstörung zeigen, welche Veränderungen unsere Auffassung von der Genese solcher Leiden unter dem Einflusse der psychoanalytischen Untersuchungsmethode erfahren hat. Sie wissen, man nimmt die hysterische Blindheit als den Typus einer psychogenen Sehstörung an. Die Genese einer solchen glaubt man nach den Untersuchungen der französischen Schule eines Charcot, Janet, Binet zu kennen. Man ist ja imstande, eine solche Blindheit experimentell zu erzeugen, wenn man eine des Somnambulismus fähige Person zur Verfügung hat. Versetzt man diese in tiefe Hypnose und suggeriert ihr die Vorstellung, sie sehe mit dem einen Auge nichts, so benimmt sie sich tatsächlich wie eine auf diesem Auge Erblindete, wie eine Hysterika mit spontan entwickelter Sehstörung. Man darf also den Mechanismus der spontanen hysterischen Sehstörung nach dem Vorbild der suggerierten hypnotischen konstruieren. Bei der Hysterika entsteht die Vorstellung, blind zu sein, nicht aus der Eingebung des Hypnotiseurs, sondern spontan, wie man sagt, durch Autosuggestion, und diese Vorstellung ist in beiden Fällen so stark, daß sie sich in Wirklichkeit umsetzt, ganz ähnlich wie eine suggerierte Halluzination, Lähmung u. dgl.

Das klingt ja vollkommen verläßlich und muß jeden befriedigen, der sich über die vielen, hinter den Begriffen Hypnose, Suggestion und Autosuggestion versteckten Rätselhaftigkeiten hinwegsetzen kann. Insbesondere die Autosuggestion gibt Anlaß zu weiteren Fragen. Wann, unter welchen Bedingungen wird eine Vorstellung so stark, daß sie sich wie eine Suggestion benehmen und ohne weiteres in Wirklichkeit umsetzen kann? Eingehendere Unter-

*) Einen dieser Fälle verdanke ich der Liebenswürdigkeit des Jubilars, dem die vorliegende Schrift gewidmet ist

suchungen haben da gelehrt, daß man diese Frage nicht beantworten kann, ohne den Begriff des „Unbewußten“ zu Hilfe zu nehmen. Viele Philosophen sträuben sich gegen die Annahme eines solchen seelischen Unbewußten, weil sie sich um die Phänomene nicht gekümmert haben, die zu seiner Aufstellung nötigen. Den Psychopathologen ist es unvermeidlich geworden, mit unbewußten seelischen Vorgängen, unbewußten Vorstellungen u. dgl. zu arbeiten. Sinnreiche Versuche haben gezeigt, daß die hysterisch Blinden doch in gewissem Sinne sehen, wenn auch nicht im vollen Sinne. Die Erregungen des blinden Auges können doch gewisse psychische Folgen haben, z. B. Affekte hervorrufen, obgleich sie nicht bewußt werden. Die hysterisch Blinden sind also nur fürs Bewußtsein blind, im Unbewußten sind sie sehend. Es sind gerade Erfahrungen dieser Art, die uns zur Sonderung von bewußten und unbewußten seelischen Vorgängen nötigen. Wie kommt es, daß sie die bewußte „Autosuggestion“, blind zu sein, entwickeln, während sie doch im Unbewußten sehen?

Auf diese weitere Frage antwortet die Forschung der Franzosen mit der Erklärung, daß bei den zur Hysterie disponierten Kranken von vorneherein eine Neigung zur Dissoziation — zur Auflösung des Zusammenhanges im seelischen Geschehen — bestehe, in deren Folge manche unbewußte Vorgänge sich nicht zum Bewußtsein fortsetzen. Lassen wir nun den Wert dieses Erklärungsversuches für das Verständnis der behandelten Erscheinungen ganz außer Betracht und wenden wir uns einem anderen Gesichtspunkte zu. Sie sehen doch ein, meine Herren, daß die anfänglich betonte Identität der hysterischen Blindheit mit der durch Suggestion hervorgerufenen wieder aufgegeben ist. Die Hysterischen sind nicht infolge der autosuggestiven Vorstellung, daß sie nicht sehen, blind, sondern infolge der Dissoziation zwischen unbewußten und bewußten Prozessen im Sehakt; ihre Vorstellung, nicht zu sehen, ist der berechtigte Ausdruck des psychischen Sachverhaltes und nicht die Ursache desselben.

Meine Herren! Wenn Sie der vorstehenden Darstellung Unklarheit zum Vorwurf machen, so wird es mir nicht leicht werden, sie zu verteidigen. Ich habe versucht, Ihnen eine Synthese aus den Ansichten verschiedener Forscher zu geben und dabei wahrscheinlich die Zusammenhänge zu straff angezogen. Ich wollte die Begriffe, denen man das Verständnis der psychogenen Störungen unterworfen hat: die Entstehung aus übermächtigen Ideen, die Unterscheidung bewußter von unbewußten seelischen Vorgängen und die Annahme der seelischen Dissoziation, zu einer einheitlichen Komposition verdichten, und dies konnte mir ebensowenig gelingen, wie es den französischen Autoren, an ihrer Spitze P. J a n e t, gelungen ist. Verzeihen Sie mir also nebst der Unklarheit auch die Untreue meiner Darstellung und lassen Sie sich erzählen, wie uns die Psychoanalyse zu einer in sich besser gefestigten und wahrscheinlich lebenswahreren Auffassung der psychogenen Sehstörungen geführt hat.

Die Psychoanalyse akzeptiert ebenfalls die Annahmen der Dissoziation und des Unbewußten, setzt sie aber in eine andere Beziehung zu einander. Sie ist eine dynamische Auffassung, die das seelische Leben auf ein Spiel von einander fördernden und hemmenden Kräften zurückführt. Wenn in einem Falle eine Gruppe von Vorstellungen im Unbewußten verbleibt, so schließt sie nicht auf eine konstitutionelle Unfähigkeit zur Synthese, die sich gerade in dieser Dissoziation kundgibt, sondern behauptet, daß ein aktives Sträuben anderer Vorstellungsgruppen die Isolierung und Unbewußtheit der einen Gruppe verursacht hat. Den Prozeß, der ein solches Schicksal für die eine Gruppe herbeiführt, heißt sie „Verdrängung“ und erkennt in ihm etwas Analoges, wie es auf logischem Gebiete die Urteilsverwerfung ist. Sie weist nach, daß solche Verdrängungen eine außerordentlich wichtige Rolle in unserem Seelenleben spielen, daß sie dem Individuum auch häufig mißlingen können, und daß das Mißlingen der Verdrängung die Vorbedingung der Symptombildung ist.

Wenn also die psychogene Sehstörung, wie wir gelernt haben, darauf beruht, daß gewisse, an das Sehen geknüpfte Vorstellungen vom Bewußtsein abgetrennt bleiben, so muß die psychoanalytische Denkweise annehmen, diese Vorstellungen seien in einen Gegensatz zu anderen stärkeren getreten, für die wir den jeweilig anders zusammengesetzten Sammelbegriff des „Ichs“ verwenden, und seien darum in die Verdrängung geraten. Woher soll aber ein solcher, zur Verdrängung auffordernder Gegensatz zwischen dem Ich und einzelnen Vorstellungsgruppen rühren? Sie merken wohl, daß diese Fragestellung vor der Psychoanalyse nicht möglich war, denn vorher wußte man nichts vom physischen Konflikt und von der Verdrängung. Unsere Untersuchungen haben uns nun in den Stand gesetzt, die verlangte Antwort zu geben. Wir sind auf die Bedeutung der T r i e b e für das Vorstellungsleben aufmerksam worden; wir haben erfahren, daß sich jeder Trieb durch die Belebung der zu seinen Zielen passenden Vorstellungen zur Geltung zu bringen sucht. Diese Triebe vertragen sich nicht immer mit einander, sie geraten häufig in einen Konflikt der Interessen; die Gegensätze der Vorstellungen sind nur der Ausdruck der Kämpfe zwischen den einzelnen Trieben. Von ganz besonderer Bedeutung für unseren Erklärungsversuch ist der unleugbare Gegensatz zwischen den Trieben, welche der Sexualität, der Gewinnung sexueller Lust dienen, und den anderen, welche die Selbsterhaltung des Individuums zum Ziele haben, den Ichtrieben. Als „Hunger“ oder als „Liebe“ können wir nach den Worten des Dichters alle in unserer Seele wirkenden organischen Triebe klassifizieren. Wir haben den „Sexualtrieb“ von seinen ersten Aeußerungen beim Kinde bis zur Erreichung der als „normal“ bezeichneten Endgestaltung verfolgt und gefunden, daß er aus zahlreichen „Partialtrieben“ zusammengesetzt ist, die an den Erregungen von Körperregionen haften; wir haben eingesehen, daß diese Einzeltriebe eine komplizierte Entwicklung durchmachen müssen, ehe sie sich in zweckmäßiger Weise den Zielen der Fortpflanzung einordnen können. Die psychologische Beleuchtung unserer Kulturentwicklung hat uns gelehrt, daß die Kultur wesentlich auf Kosten der sexuellen Partialtriebe entsteht, daß diese unterdrückt, eingeschränkt, umgebildet, auf höhere Ziele gelenkt werden müssen, um die kulturellen seelischen Konstruktionen herzustellen. Als wertvolles Ergebnis dieser Untersuchungen konnten wir erkennen, was uns die Kollegen noch nicht glauben wollen, daß die als „Neurosen“ bezeichneten Leiden der Menschen auf die mannigfachen Weisen des Mißglückens dieser Umbildungsvorgänge an den sexuellen Partialtrieben zurückzuführen sind. Das „Ich“ fühlt sich durch die Ansprüche der sexuellen Triebe bedroht und erwehrt sich ihrer durch Verdrängungen, die aber nicht immer den erwünschten Erfolg haben, sondern bedrohliche Ersatzbildungen des Verdrängten und lästige Reaktionsbildungen des Ichs zur Folge haben. Aus diesen beiden Klassen von Phänomenen setzt sich zusammen, was wir die Symptome der Neurosen heißen.

Wir sind von unserer Aufgabe anscheinend weit abgeschweift, haben aber dabei die Verknüpfung der neurotischen Krankheitszustände mit unserem gesamten Geistesleben gestreift. Gehen wir jetzt zu unserem engeren Problem zurück. Den sexuellen wie den Ichtrieben stehen im allgemeinen die nämlichen Organe und Organsysteme zur Verfügung. Die sexuelle Lust ist nicht bloß an die Funktion der Genitalien geknüpft; der Mund dient dem Küssen ebensowohl wie dem Essen und der sprachlichen Mitteilung, die Augen nehmen nicht nur die für die Lebenserhaltung wichtigen Veränderungen der Außenwelt wahr, sondern auch die Eigenschaften der Objekte, durch welche diese zu Objekten der Liebeswahl erhoben werden, ihre

„Reize". Es bewahrheitet sich nun, daß es für niemand leicht wird, zweien Herren zugleich zu dienen. In je innigere Beziehung ein Organ mit solch doppelseitiger Funktion zu dem einen der großen Triebe tritt, desto mehr verweigert es sich dem anderen. Dies Prinzip muß zu pathologischen Konsequenzen führen, wenn sich die beiden Grundtriebe entzweit haben, wenn von Seiten des Ichs eine Verdrängung gegen den betreffenden sexuellen Partialtrieb unterhalten wird. Die Anwendung auf das Auge und das Sehen ergibt sich leicht. Wenn der sexuelle Partialtrieb, der sich des Schauens bedient, die sexuelle Schaulust, wegen seiner übergroßen Ansprüche die Gegenwehr der Ichtriebe auf sich gezogen hat, so daß die Vorstellungen, in denen sich sein Streben ausdrückt, der Verdrängung verfallen und vom Bewußtwerden abgehalten werden, so ist damit die Beziehung des Auges und des Sehens zum Ich und zum Bewußtsein überhaupt gestört. Das Ich hat seine Herrschaft über das Organ verloren, welches sich nun ganz dem verdrängten sexuellen Trieb zur Verfügung stellt. Es macht den Eindruck, als ginge die Verdrängung von Seiten des Ichs zu weit, als schüttete sie das Kind mit dem Bade aus, indem das Ich jetzt überhaupt nichts mehr sehen will, seitdem sich die sexuellen Interessen im Sehen so sehr vorgedrängt haben. Zutreffender ist aber wohl die andere Darstellung, welche die Aktivität nach der Seite der verdrängten Schaulust verlegt. Es ist die Rache, die Entschädigung des verdrängten Triebes, daß er, von weiterer psychischer Entfaltung abgehalten, seine Herrschaft über das ihm dienende Organ nun zu steigern vermag. Der Verlust der bewußten Herrschaft über das Organ ist die schädliche Ersatzbildung für die mißglückte Verdrängung, die nur um diesen Preis ermöglicht war.

Deutlicher noch als am Auge ist diese Beziehung des zweifach in Anspruch genommenen Organes zum bewußten Ich und zur verdrängten Sexualität an den motorischen Organen ersichtlich, wenn z. B. die Hand hysterisch gelähmt wird, die eine sexuelle Aggression ausführen wollte, und nach deren Hemmung nichts anderes mehr tun kann, gleichsam als bestünde sie eigensinnig auf der Ausführung der einen verdrängten Innervation, oder wenn die Finger von Personen, welche der Masturbation entsagt haben, sich weigern, das feine Bewegungsspiel, welches am Klavier oder an der Violine erfordert wird, zu erlernen. Für das Auge pflegen wir die dunkeln psychischen Vorgänge bei der Verdrängung der sexuellen Schaulust und bei der Entstehung der psychogenen Sehstörung so zu übersetzen, als erhöbe sich in dem Individuum eine strafende Stimme, welche sagte: „Weil du dein Sehorgan zu böser Sinneslust mißbrauchen wolltest, geschieht es dir ganz recht, wenn du überhaupt nichts mehr siehst," und die so den Ausgang des Prozesses billigte. Es liegt dann die Idee der Talion darin, und unsere Erklärung der psychogenen Sehstörung ist eigentlich mit jener zusammengefallen, die von der Sage, dem Mythus, der Legende dargeboten wird. In der schönen Sage von der Lady Godiva verbergen sich alle Einwohner des Städtchens hinter ihren verschlossenen Fenstern, um der Dame die Aufgabe, bei hellem Tageslichte nackt durch die Straßen zu reiten, zu erleichtern. Der Einzige, der durch die Fensterläden nach der entblößten Schönheit späht, wird gestraft, indem er erblindet. Es ist dies übrigens nicht das einzige Beispiel, welches uns ahnen läßt, daß die Neurotik auch den Schlüssel zur Mythologie in sich birgt.

Meine Herren, man macht der Psychoanalyse mit Unrecht den Vorwurf, daß sie zu rein psychologischen Theorien der krankhaften Vorgänge führe. Schon die Betonung der pathogenen Rolle der Sexualität, die doch gewiß kein ausschließlich psychischer Faktor ist, sollte sie gegen diesen Vorwurf schützen. Die Psychoanalyse vergißt niemals, daß das Seelische auf dem Organischen ruht, wenngleich ihre Arbeit es nur bis zu dieser Grundlage und nicht darüber hinaus verfolgen kann. So ist die Psychoanalyse auch bereit zuzugeben, ja, zu postulieren, daß nicht alle funktionellen Sehstörungen psychogen sein können, wie die durch Verdrängung der erotischen Schaulust hervorgerufenen. Wenn ein Organ, welches beiderlei Trieben dient, seine erogene Rolle steigert, so ist ganz allgemein zu erwarten, daß dies nicht ohne Veränderungen der Erregbarkeit und der Innervation abgehen wird, die sich bei der Funktion des Organs im Dienste des Ichs als Störungen kundgeben werden. Ja, wenn wir sehen, daß ein Organ, welches sonst der Sinneswahrnehmung dient, sich bei Erhöhung seiner erogenen Rolle geradezu wie ein Genitale gebärdet, werden wir auch toxische Veränderungen in demselben nicht für unwahrscheinlich halten. Für beide Arten von Funktionsstörungen infolge der gesteigerten erogenen Bedeutung, die physiologischen, wie die toxischen Ursprungs, wird man, in Ermangelung eines besseren, den alten, unpassenden Namen „neurotische" Störungen beibehalten müssen. Die neurotischen Störungen des Sehens verhalten sich zu den psychogenen wie ganz allgemein die Aktualneurosen zu den Psychoneurosen; psychogene Sehstörungen werden wohl kaum jemals ohne neurotische vorkommen können, wohl aber letztere ohne jene. Leider sind diese „neurotischen" Symptome heute noch sehr wenig gewürdigt und verstanden, denn der Psychoanalyse sind sie nicht unmittelbar zugänglich, und die anderen Untersuchungsweisen haben den Gesichtspunkt der Sexualität außer Acht gelassen.

Von der Psychoanalyse zweigt noch ein anderer, in die organische Forschung reichender Gedankengang ab. Man kann sich die Frage vorlegen, ob die durch die Lebenseinflüsse erzeugte Unterdrückung sexueller Partialtriebe für sich allein hinreicht, die Funktionsstörungen der Organe hervorzurufen, oder ob nicht besondere konstitutionelle Verhältnisse vorliegen mußten, welche erst die Organe zur Uebertreibung ihrer erogenen Rolle veranlassen und dadurch die Verdrängung der Triebe provozieren. In diesen Verhältnissen müßte man den konstitutionellen Anteil der Disposition zur Erkrankung an psychogenen und neurotischen Störungen erblicken. Es ist dies jenes Moment, welches ich bei der Hysterie vorläufig als „somatisches Entgegenkommen" der Organe bezeichnet habe. Die bekannten Arbeiten von Alfred Adler bemühen sich, es in biologischer Bestimmtheit zu erfassen.

Über Cuprum citricum solutum.

Von **Dr. F. R. v. Arlt**, Wien.

I. Cuprum citricum und Cuprocitrol.

Cuprum citricum, Cu_2, C_6, H_4 O_7 $2^1/_2$ H_2 O, ist ein grünes Krystallpulver, verliert bei 100° 2 H_2 O und wird blau, bei 150° ist es wasserfrei.*) Es wurde 1832 von Gay Lussac in Liebigs Laboratorium in München dargestellt, fand aber, wohl wegen seiner — im Verhältnis zu anderen Kupfersalzen — so minimalen Löslichkeit, keine therapeutische Verwendung.

Ende 1901 entdeckte ich seine spezifische Wirkung bei Trachom und ließ im Grazer chemischen Universitätslaboratorium Versuche über seine Löslichkeit anstellen. Diese ergaben, daß es in destilliertem Wasser 1:9143 und in einer ungefähr den Tränen entsprechenden 1 prozentigen Kochsalzlösung bei 36° C, 1:7700 löslich sei.

Es werden seitdem 2 Arten von Cuprum citricum für medizinische Zwecke hergestellt: ein mikrokrystallinisches und ein amorphes. Letzteres eignet sich wegen der geringeren mechanischen Reizung bei der Massage besser zur Herstellung von Augensalben, ist aber, wie meine Versuche ergaben, das schwerer lösliche Präparat. Herr E. Merck teilte mir kürzlich mit, daß Schwankungen in der Zusammensetzung des Cu. citr. vorkommen; eine neuerliche Untersuchung er-

gab einen Gehalt von 58% Kupferoxyd; diesem entspricht ein Gehalt von 32,58% Kupfer. Reines Cuprum citricum wirkt durch Abspaltung von metallischem blanken Kupfer baktericid, aber niemals durch Aetzung. Die bactericide Wirkung wurde schon 1903 durch A. S. Krotow**), der die Lösung 1:9143 benutzte, nachgewiesen.

Die Verordnung des Cu. citr. in Form von Salbe schien mir die für die Selbstanwendung geeignetste zu sein und ich wählte schließlich Ung. Glycer. Pharm. Austr. als Salbengrundlage. So entstand das „Cuprocitrol", welches als 5- und 10prozentige Salbe sich als sehr haltbar und zweckentsprechend bewährte. Es wird nun in fast allen Trachomländern bereitet und verwendet; so schrieb mir kürzlich San.-Rat Dr. A. Osborne, Augenarzt des internationalen Hospitales in Alexandrien: „Ich bin mit Cu. citr. (mit Amylo-Glyzerin) so zufrieden, daß ich eigentlich gar kein Verlangen habe, nach einem Collyrium aquosum. Einige einheimische Apotheker machen die Salbe ganz vorzüglich".

Eine andere Verwendung, als bei Trachomen fand jedoch das einfache Cu. citr. nicht, außer in einigen Fällen von infektiösen Katarrhen, und bei Conj. follic. — so viel ich weiß ohne besonderen Erfolg.

II. Cuprum citr. solutum, „Cusolpräparate".

Erst im Jänner 1909 gelang es mir, nach vielen Fehlversuchen, durch Zusatz von Na chlor. und borocitricum***) ein Cuprum citricum solutum zu bereiten, dessen Löslichkeit 1:1000 bedeutend übertraf. Ich nenne es kurzweg „Cusol". Unter genauer Beobachtung gewisser Vorsichtsmaßregeln, Einhaltung bestimmter Mengenverhältnisse usw., vermag ich nun nach Belieben Lösungen von 1:650, 1:333, 1:100, 1:20, ja sogar, seit wenigen Tagen erst, 1:nahezu 10 herzustellen. Am 18. d. M. gelang es mir, reines krystallinisches Cusol zu bereiten. Dieses ist lichtblau, sehr hygroskopisch, löst sich, auch ungepulvert so rasch wie gestoßener Zucker, in jedem Verhältnis in aq. dest. Diese Cusolcollyrien sind hellblau bis dunkelgrün, vollkommen klar und haltbar. Nur zum Vergleiche führe ich hier an, daß z. B. Argentum citricum, Itrol Credé, 1:6300, Borax 1:17, Borsäure 1:20, Cu. sulf. 1:3 löslich sind.

Meine Versuche bei Trachomen begann ich am 2. Februar 1909 mit einer Lösung von 1:650 und erst im Sommer gelang es mir, die $^1/_3$prozentige (1:333) Lösung zu erzielen, erst im Februar d. J. erreichte ich die 1prozentige. Nun bin ich, wie schon erwähnt, bei der 10prozentigen angelangt — wo bereits Krystallisation beginnt. Die Lösungen bis inclusive der 1prozentigen erregen gar kein oder nur sehr geringes Schmerzgefühl. Etwas schmerzhaft ist schon die 2prozentige; die 5prozentige brennt einige Sekunden recht stark im Auge, die 7- und gar die 10prozentigen sind sehr schmerzhaft, wie ich am eigenen Auge konstatierte, sie reizen sehr stark, das Auge bleibt 15 Minuten lebhaft injiziert — allein von einer Aetzung der Schleimhaut ist keine Spur wahrzunehmen —, in $^1/_4$ Stunde war Status quo ante.

Eine einfache Rechnung ergibt, daß in einem Tropfen einer 1prozentigen Cusollösung soviel Kupfer enthalten ist, als in 77 Tropfen der im Eingang erwähnten 1prozentigen Kochsalzlösung.

Es werden gegenwärtig folgende Cusolpräparate: Cusolcollyrien, Cusolsalben und Cusolpulver, auf ihren therapeutischen Wert geprüft.

1. Cusolcollyrien, $^1/_3$- bis 2prozentig; die 5- und mehr prozentigen Lösungen dienen im allgemeinen nur zur Selbstbereitung der schwächeren Collyrien, doch wendete Prim. Zirm bereits die 5prozentige mit Erfolg bei schweren Fällen an. Anwendung: Einträufeln mit Tropfglas oder Röhrchen. Indikationen: Das $^1/_3$prozentige Cusolcollyr hat sich besonders bei alten Narbentrachomen bewährt, das 1prozentige bei frischen und alten nicht zu sehr sezernierenden Formen, nach mechanischer Behandlung als Nachkur, bei leichteren Fällen, mit und ohne Gonokokkenbefund, bei Blenn. neonat., bei conj. follic.; bei suspekten Katarrhen. (Dermatologen verwenden diese und die 2prozentige Lösung seit mehreren Wochen mit, wie es scheint, gutem Erfolg bei Urethritis ant. et post.).

Das 2prozentige C. Collyr wird bei sezernierenden Trachomen, frischen und alten, bei Blenn. neonat., und als Prophylacticum zur Credéisierung anstatt der Silberpräparate anzuwenden sein, da es keinesfalls ätzend wirken kann.

Die Dosierung ist bei den Cusol-Collyrien ein bis drei Tropfen, mehrmals täglich. Es ist ganz besonders wichtig, daß die Tropfen so lange als möglich, wenigstens aber $^1/_2$ Minute im Bindehautsacke verbleiben. Dies gilt auch für die beiden anderen Cusolpräparate.

2. Ung. Cusol, 5- bis 10%. Salbengrundl.: Ung. Glycer. Pharm. Austr. Die Salben enthalten außer Cu. citr. und den Natronsalzen auch noch 7- bis 10prozentiges Cusolcollyr; also Cu. citr. teils in gelöstem, teils in einem der Lösung besonders günstigen Zustande. Indikation und Dosierung ganz wie bei Cuprocitrol: alte und frische Trachome, besonders die mit Pannus, die früher mit Cu. citr. behandelt wurden. Einzelne der Herren, welche die Güte hatten und haben, meine Cusolpräparate auf ihren therapeutischen Wert zu prüfen, machten mich darauf aufmerksam, daß manchmal bei Cusolbehandlung erst rascher Fortschritt, dann Stillstand eintrete. Abhilfe: einige Tage hindurch nur Silberpräparate — ich gebe ausschließlich Itrol Credé pro oculis — und Cusol „greift" wieder an. Auch die Cusolsalben sind haltbar, aber: „Cave alle Metalle!"

3. Pulvis Cusol. Das Cusolpulver enthält 20 Prozent Cu. citr., die Natronsalze und als Grundlage dient sterilisierte Farina tritici. Es ist für die schwersten Trachomformen bestimmt, wird wie Kalomel eingestreut oder nur leicht eingestaubt; es schmerzt mäßig. Die Wirkung ist, wie mir besonders Herr Prim. Purtscher berichtete, (sechs Fälle) geradezu „ideal".

Es sind kaum 4 Monate verflossen, seit meine Cusolpräparate, welche ich, nebenbei bemerkt, noch immer selbst bereiten muß, einer Prüfung durch Fachkollegen mit reichem Trachommaterial unterzogen werden. Ein abschließendes Urteil über die Ausdehnung der Indikationen kann, wie Geh. Rat Prof. Sattler mir schrieb,†) kaum vor Jahresfrist gefällt werden. Doch soviel läßt sich schon jetzt den Berichten entnehmen, daß die Cusolpräparate eine sehr wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes bilden, und dabei ist noch zu berücksichtigen, daß wir bis Mitte Februar d. J. nur über eine $^1/_3$prozentige Lösung verfügen konnten. Erst von da ab konnten Versuche mit 1prozentiger und noch später mit stärkeren Lösungen angestellt werden — was auch sofort zur Erweiterung der Indikationen — z. B. bei Blenn. neonat. und bei Urethritis post. et ant. führte. Auch den Cusolsalben kam nun der Zusatz des 3mal stärkeren Cusolcollyriums zugute.

Ueber die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchungen der Cusolcollyrien wird seinerzeit berichtet werden.

Zum Schlusse erlaube ich mir noch, allen Herren Kollegen, welche meine Bestrebungen durch ihre so überaus wertvolle und mühsame Mitarbeit förderten, meinen besten Dank auszusprechen, und sie um weitere Berichte zu ersuchen. Es sind dies die Ophthalmologen Geh. Rat. Prof. Sattler in Leipzig, Prim. Purtscher in Klagenfurt, Prim. Zirm in Olmütz, Prim. Pincus in Posen, Doz. Dr. Lauber in Wien, San.-Rat Wolffberg in Breslau, Hofrat Prof. Wicher-

kiewicz in Krakau und die Dermatologen Prof. Finger und Prof. v. Zeißl in Wien und Prim. Schludermann in Klagenfurt, ferner Hofrat Dr. von Jurié in Wien.

Wien, 11. April 1910.

Anmerkungen.

*) Handbuch der organischen Chemie von Dr. F. Beilstein, 1898.

**) A. S. Krotow: „Ueber die Wirkung von Cuprum citricum bei einigen Augenkrankheiten." Vortrag gehalten in der St. Petersburger Gesellschaft der Aerzte. „Russky Wratsch", Nr. 17, vom 26. April 1903. Uebersetzt in Wolffbergs „Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges", VII. Jahrg., Nr. 2 (Dr. Arlt).

Es ist zu beachten, daß Krotow damals nur die Lösung 1:9143 aq. dest. zur Verfügung stand; er gibt an, „daß gelbe Staphylokokken innerhalb 3 bis 6, blaue Stäbchen in 7, Bakterium miraculosum in 1 und $^1/_2$ Stunde zugrunde gingen".

***) Na borocitricum. „2 Molekel Zitronensäure halten selbst Borsäure in Lösung. Beim Verdunsten hinterbleibt Bordizitronensäure, eine strahlig krystallinische Masse, zerfließlich." Handbuch d. org. Chemie, v. Beilstein.

†) Geh. Rat Prof. Dr. H. Sattler schrieb mir am 25. Jänner dieses Jahres nach 40tägiger Erprobung der Salbe und des $^1/_3$ prozentigen Collyriums: „Wir haben das Cusol in Form der 5prozentigen Salbe und des Collyriums fortwährend im Gebrauch und sind damit bei Einhaltung strikter Indikationen sehr zufrieden. Ein abschließendes Urteil darüber, wie weit die Indikationen werden auszudehnen sein, kann wohl nicht vor Jahresfrist gefällt werden. Bei reichlichen Follikeln und bei positivem Befunde von Provaczikschen Körperchen, die ja in frischen Fällen völlig konstant sind, wird die mechanische Behandlung mit der Knappschen Rollpinzette wohl kaum zu entbehren sein. Aber gerade nach der mechanischen Behandlung und bei leichteren Fällen vom Anfang an, und ebenso in Fällen von teilweisem Narbentrachom mit oder ohne Pannus hat uns Cusol sehr gute Dienste bis jetzt geleistet. Die Salbe wird sehr gut vertragen und das Wasser macht gar keine subjektiven Beschwerden."

Ferner am 1. März, nachdem er seit 15. Februar die 1prozentige Lösung erhalten: „Wir haben 1prozentigen Cusolcollyr bei leichteren Fällen von Blenn. neonat. mit und ohne Gonokokkenbefund versucht. Es steht jedenfalls fest, daß es hinter Protargol nicht zurücksteht."

Literatur.

I. Cuprum citricum.

Dr. F. R. v. Arlt-Wien:

1. „Ueber die Anwendung von Cuprum citricum bei Trachom." Vorl. Mitteilung. „Zentralblatt für prakt. Augenheilkunde", März 1902.
2. „Bisherige Erfahrungen über Trachombehandlungen mit Cuprocitrol." „Wiener klin. Wochenschrift", Nummer 18, Mai 1902.
3. „Trachombehandlung mit Kupfer- und Silbercitraten." „Wiener med. Wochenschrift", Sept. 1902.
4. „Trachombehandlung mit Cuprocitrol vom Febr. 1902 bis März 1903." „Wochenschrift für Ther. u. Hyg. d. Auges", April 1903.
5. „Ueber Cuprocitrol, dessen Anwendung bei Conj. trachom." „Ophtalmol. Klinik", Nr. 8, April 1903.
6. „Argentum citricum, Itrol Credé pro oculis bei Augenkrankheiten." (Wiener) „Aerztliche Zentralzeitung", Jänner 1905.

San.R. Prim. Dr. E. Bock-Laibach:

1. „Trachom und Cuprocitrol Arlt." „Wochenschrift für Ther. u. Hyg. d. Auges", Februar 1903.
2. „Die Behandlung des Trachoms mit Cuprocitrol Arlt." (Wiener) „Aerztliche Zentralzeitung", Dezember 1904.

Reg.-A. Dr. J. Cervicek-Agram:

„Ueber die Anwendung des Itrol und Cuprocitrol." (Wien) „Der Militärarzt", Oktober 1902.

Dr. A. J. Krotow-St. Petersburg:

„Ueber die Wirkung des zitronensauren Kupfers bei einigen Augenkrankheiten." „Russki Wratch", April 1903.

Dr. K. A. Suchoff-Moskau:
„Ueber die Anwendung von Cuprum citricum bei Trachom.“ Moskau, „Med. Russki“, April 1903.

R. A. Wright M. D.-Delhi:
„The Medico-Scientific Press“, 1904, Delhi.

II. Cuprum citricum solutum.

Cusol. „Ueber Cuprum citricum solutum: „Cusol“ und dessen Anwendung bei Augen- und Hautkrankheiten.“ „Wiener klin. Wochenschrift“, 1910, Nr. 9. Vortrag gehalten in der k. k. Ges. der Aerzte am 25. Februar 1910 von Dr. F. R. v. Arlt.

Varia.

Professor von Noorden sagte in der Vorlesung in den Fortbildungskursen der Wiener Aerzte über Mastkuren:*) „Eine hervorragend appetitsteigernde Wirkung und damit eine große Bedeutung bei Mastkuren scheint der Kombination von Albumosen und Extraktivstoffen des Fleisches mit Alkohol zuzukommen. In der feineren Küche wird davon schon lange Gebrauch gemacht. Ich erinnere an den Zusatz von Madeira und anderen Weinen zu starker Fleischbrühe, Oxtailsuppe, Schildkrötensuppe und vielen Saucen. Nicht nur der Geschmack wird dadurch gehoben, sondern auch eine appetitanregende Wirkung erzielt. In einigen Handelspräparaten ist diese alte Erfahrung benützt: Ich erwähne z. B. „Vials tonischen Wein“, der neben Extraktivstoffen des Fleisches auch noch Bitterstoffe enthält. Erb, der sonst kein großer Freund des Alkohols bei Nervenkranken ist, hob die Bedeutung dieses Präparates als Unterstützungsmittel bei der diätetischen Behandlung neurasthenischer Individuen vor kurzem rühmend hervor. Auf diese, von so hervorragender Seite kommende Empfehlung hin habe ich das Präparat vielfach angewendet und bestätige, daß es, auf Grund meiner Erfahrungen bei relativ geringer Alkoholzufuhr den oben geschilderten Zweck in hervorragender Weise erfüllt.“

*) Sammlung klinischer Abhandlungen über Pathologie und Therapie der Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen von Prof. Carl von Noorden, Heft 7 und 8, Seite 44 (Verlag Aug. Hirschwald, Berlin 1909).

Skrofulose. Bei Skrofulose findet sich nicht selten hochgradige Anämie. Durch die Skrofulose wird nämlich die gesamte Ernährung beeinträchtigt, am stärksten bei bedeutenden Eiterungen der Gelenke und Knochen infolge des verursachten Säfteverlustes. Bei abgemagerten blutarmen Individuen, wo die Anwendung von Jodpräparaten nutzlos, ja schädlich ist, muß demnach ein roborierendes Verfahren eingeleitet werden, das durch Anwendung von Bädern mit Mattonis Moorsalz aufs wirksamste unterstützt wird. Aber auch die eine rasche Resorption befördernde Wirkung dieser Bäder, ferner ihre Eigenschaft, zur besseren Blutbildung beizutragen, müssen dort in Rechnung gebracht werden, wo es sich hauptsächlich darum handelt, den Veränderungen teils entzündlicher, teils hyperplastischer Natur entgegen zu wirken. Mattonis Moorsalzbäder sind demnach bei Drüsenschwellungen und fungösen Gelenksgeschwülsten, Beinhautentzündungen, Knochenanschwellungen in rationeller Weise indiziert und man kann bei ihrer konsequenten Anwendung die besten Resultate erzielen. (Dr. Eduard Kraus, „Ueber die Anwendung der Mattonischen Moorextrakte“.)

Salzschlirfer Bonifaciusbrunnen. Zur Zeit der beginnenden häuslichen Trinkkuren empfiehlt es sich wohl, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf den berühmten Salzschlirfer Bonifaciusbrunnen zu lenken. Sein hauptsächliches Indikationsgebiet sind die Stoffwechselerkrankungen,

deren günstige Beeinflussung durch Bonifaciusbrunnenwasser auch die an unserer ersten medizinischen Klinik gemachten Erfahrungen dokumentieren. Auch andere Autoritäten wie Posner, Goldenberg usw. usw. geben übrigens bei Behandlung der harnsauren Diathese diesem Wasser allen anderen Medikationen den Vorzug. Hand in Hand mit dem Rückgang der objektiven Symptome geht auch eine Besserung des Allgemeinbefindens einher, die wohl hauptsächlich durch die schon nach einigen Tagen manifeste bedeutende Hebung des Appetits hervorgerufen wird. Rheumatische Affektionen, Gicht, Adipositas, Diabetes, Arteriosklerose, Magen- und Darmerkrankungen sind wohl die hauptsächlichsten Indikationsgebiete des Salzschlirfer Brunnens, der eine zufriedenstellende Wirkung wohl nie missen lassen wird. Der Geschmack des Wassers ist rein salzig, irgend ein unangenehmer Geruch fehlt gänzlich und wird dasselbe stets gerne genommen. Selbst bei empfindlichen Patienten konnte auch nach protrahiertester Anwendung eine ungünstige Nebenwirkung auf irgend ein Organ nicht festgestellt werden.

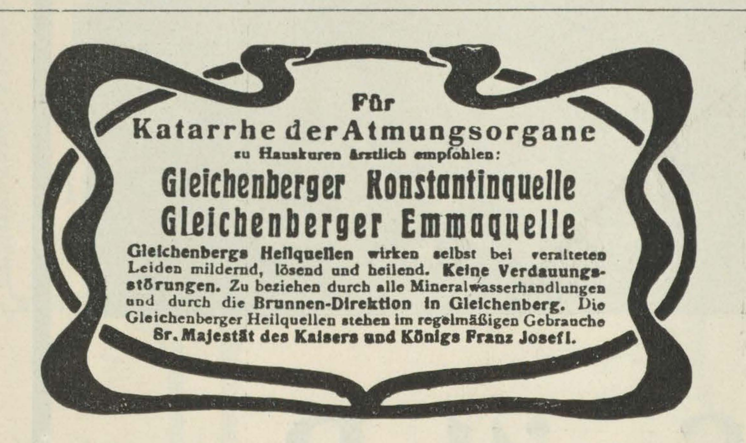
Gichthosan (Saponiment mentholo ichthyolatum) hat sich nach Dr. Neufeld als eine die Schmerzen außerordentlich günstig beeinflussende Medikation bei allen rheumatischen und neuralgischen Erkrankungen bewährt. Zahlreiche neuere Erfahrungen dokumentieren die Zuverlässigkeit dieses Präparates auf genanntem Gebiete. Von der neuralgischen Affektionen wäre besonders Ischias zu erwähnen, bei welcher Gichthosan selbst in verzweifelten Fällen, wo andere Applikationen versagten, Linderung brachte.

Pneumocol. Das seit mehreren Jahren eingeführte „Pneumocol" findet immer weitere Verwendung bei den Erkrankungen des Respirationstraktes. Die Berichte über die Erfahrungen mit diesem Präparat sind sehr günstige. Es wurde immer gerne genommen, stets gut vertragen und verursachte niemals eine störende Nebenwirkung. Es beeinflußte besonders gut den Husten, erleichterte den Auswurf und besserte das Allgemeinbefinden in merklicher Weise. Die mit diesem Präparate, das geschickt die Nachteile des Creosot vermeidet und all' seine Vorzüge in sich schließt, erlangten Resultate lassen seine Empfehlung für die Praxis durchaus gerechtfertigt erscheinen. Erwachsene nehmen täglich 4 Kaffeelöffel, Kinder die Hälfte. Der Preis ist verhältnismäßig sehr wohlfeil.

Ein Beitrag zur Eisentherapie. Von Sekundararzt Dr. Abdullah beg Rukvica, aus der inneren Abteilung des Landesspitals Sarajevo. Vorstand: Prof. Dr. L. Ritter von Korczynski. (»Österreichische Ärztezeitung«, Nr. 4, 1910.) Bei der Beschädigung, welcher die Zähne durch Einnehmen von flüßigen Eisenpräparaten ausgesetzt sind, verdient Eisen in fester Form a priori den Vorzug. Wenn dennoch die flüßigen Präparate eine größere Verbreitung haben, ist dies ihrer leichten Resorbierbarkeit für den Magen zuzuschreiben. Diese Eigenschaften auch festen Eisenpräparaten zu verleihen, ist ein bisher noch von wenig Erfolg belohntes Streben gewesen. Ein neuer und anscheinend glücklicher Versuch nach dieser Richtung ist mit der Darstellung des Feolathan gemacht worden. Rukvica hat es mit ausgezeichnetem Erfolge bei zahlreichen zum Teile schweren Fällen von Anämie und Chlorose auf der Station und auch ambulant verwendet und führt eine Reihe von Krankengeschichten an, aus denen hervorgeht, daß die Feolathan-Pillen (Fabrik Gödecke & Co., Berlin N. 24) vom Magen und Darm sehr gut vertragen werden, daß der Hämoglobingehalt des Blutes ebenso günstig beeinflußt wird, wie von den flüßigen Präparaten, daß der Appetit vielfach gebessert wird. Verabreicht wurden dreimal täglich drei Pillen. Rukvica schließt seinen Bericht mit den Worten: »Auf Grund unserer Beobachtungen können wir konstatieren, daß das Feolathan in keiner Weise hinter den anderen Eisenpräparaten des Handels zurückbleibt und daß der therapeutische Arzneischatz durch das Feolathan eine wertvolle Bereicherung erfahren hat.

Anstalt für Epileptische

Kranke im Kurorte Balf bei Ödenburg (2 Stunden von Wien). Auskunft erteilt der Besitzer Dr. St. Wosinski. (Post-, Bahn- und Telephonstation).



Allgemeine Hygienische Ausstellung: Wien 1906.
Staatsmedaille und Ehrendiplom zur goldenen Medaille.

Serravallo's

China-Wein mit Eisen.

Für Rekonvaleszente und Blutarme von ärztl. Autoritäten bestens empfohlen.

Wird seines vortrefflichen Geschmackes wegen besonders von Kindern und Frauen sehr gerne genommen.

Vielfach prämiiert. — Ueber 6000 ärztliche Gutachten. — Auf Wunsch erhalten die Herren Aerzte Literatur und Proben franko und unentgeltlich.

J. Serravallo, Trieste-Barcola

k. u. k. Hoflieferant.

Bad Radein (Steiermark)

Trink- und Badekur.

„Radeiner Heilquelle"

bewährt bei

Gicht, Gries und Sand, Blasen- und Nierenleiden, katarrhalischen Leiden.

Anfragen an die ärztliche Leitung der Kuranstalt.

EVIAN-LES-BAINS (Frankreich)

SOURCE-CACHAT

Idealstes Tafelwasser.

gegen chronische **Gicht, Nieren- und Harnleiden, Störungen der Verdauungsorgane, Leber- und Gallensteine.** :-: :-:

Zu haben in allen Apotheken und Mineralwasserhandlungen.

Diätetische Weine

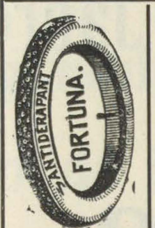
für **Diabetiker,** weiß und rot, **Diabetiker-Cognac,** von der k. k. landw. chem. Versuchsstation in Wien zum Genusse für Diabetiker als geeignet erklärt, liefert die

Weinkellerei Eugen Baß

IX., Garnisongasse 5

Telephon 21656. Kostenfreie Zustellung. Provinzversand täglich.





PNEU-REPARATUR-WERKSTÄTTE
:-: „FORTUNA" -:-
FRANZ KRAUS, MAX PETFALSKI
WIEN, III., DAPONTEGASSE 3.
STOCK: HARBURG-WIEN.

HEINRICH KOHN, behördlich konzess. Installateur für Gas- und Wasser-Anlagen.

Telefon 14621—12463. **WIEN, II., Leopoldsgasse 16.** Telefon 14621—12463.

Uebernahme kompletter Gas-, Wasser-, Bade- und Kloseteinrichtungen, sowie elektrisches Licht, Kraftanlagen und Telephone. **Reparaturen prompt und billigst.**



Schwesternheim „Mariahilf"

Institut für Privat-Krankenpflege

Wien, VI/1, Stiegengasse 14. Telephon Nr. 5347.

Verfügt jederzeit über gesunde und geübte Krankenpflegerinnen mit Tag- und Nachtdienst; auch für Wöchnerinnen und infektiös erkrankte Personen sind Pflegerinnen zur Verfügung.

Rheuma	Gicht	Ischias

1. April bis 1. November geöffnet.

Billige Preise wie bisher trotz zeitgemässer Neuerungen.

1. September bis 1. Juni 25 Prozent Ermässigung.

Wunderbare Heilerfolge. Radioaktives Thermalbad 35—44° Celsius.

Krapina-Töplitz

Thermalwasser-Trinkkur. Thermalwassersand. Frequenz 6000 Personen.

Kroatien (kroat. Schweiz). — Bassin-, Marmor-, Douche-, **Schlammbäder, Fangokur.** Sudarien. Prospekte, Auskünfte durch die Badedirektion und Badearzt Dr. Mai, richtige Adresse nur **Krapina-Töplitz,** Kroatien.

Kurhaus, 200 komf. Zimm., prachtv. Park, Terrasse, Restaur., Lese- (alle Zeitungen), Billard-Saal. **Ständige Militär-Kurmusik,** Lift, Telephon, Automobil-Garage-Autovermiet. Auf Bestell. b. Badedirekt. Pferdewagen u. Privatautomobil in jede beliebige Station.



In Bahnstation Rohitsch (Zweigstation der Südbahnstrecke Wien—Triest). Anschluss **Automobilomnibus** beim Zug. Fahrzeit 1 Stunde. In Bahnstation Zabok Anschluss Automobilomnibus bei den Zügen. Fahrzeit 20 Minuten.

BESITZER: »Aerztliche Standeszeitung, G. m. b. H.« HERAUSGEBER: Dr. Alfred Koritschan.
VERANTWORTLICHER REDAKTEUR: Dr. Heinrich G... Druck von ... Wien ...